# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur René LABRY

---

LYON
Imprimerie BOSC Frères, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42

# TITRES ET FONCTIONS

## TITRES UNIVERSITAIRES

CHIRURGIE OPÉRATOIRE (Chef de table, 1924 et 1925).
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Chef de Clinique, du 1er novembre 1926 au 31 octobre 1929).
DOCTEUR EN MÉDECINE (*Thèse Lyon*, 1926).
FACULTÉ DES SCIENCES (Certificat de licence de Physiologie générale et comparée).

## TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX (Concours, 13 octobre 1919).
INTERNE DES HOPITAUX (Concours, 2 octobre 1922).
INTERNE LAURÉAT (Concours 1926, Prix Bouchet, Chirurgie, année 1926).
PRÉADMISSIBLE AU CONCOURS CHIRURGIEN DES HOPITAUX (1928 et 1930).

## TITRES DIVERS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ NAT. DE MÉDECINE ET DES SC. MÉD. DE LYON.
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.
MECBRE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.

## ENSEIGNEMENTS

CONFÉRENCES EXTERNAT (andées 1922 et 1923).
CONFÉRENCES INTERNAT (années 1923, 1924, 1925 et 1926).
CONFÉRENCES D'ANATOMIE A LA FACULTÉ (1924-1925).
ENSEIGNEMENT A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (1926-1929).

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### 1923

1. **De la tension artérielle chez les vieillards au-dessus de 70 ans.** En collaboration avec M. le Docteur A. Dumas et Mlle Chevassus (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 avril 1923, in *Lyon Médical*, 10 sept. 1923).

2. **De la tension artérielle chez les hémiplégiques.** En collaboration avec M. le Docteur A. Dumas et Mlle Chevassus (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 avril 1923, in *Lyon Médical*, 10 sept. 1923).

3. **Pieds creux et lésions congénitales.** En collaboration avec M. le Docteur Laroyenne (*Soc. Chir.*, 24 mai 1923, in *Lyon Chirurgical*, n° 6, 1923, t. XX).

### 1924

4. **Luxations rares du coude. Luxation du coude irréductible.** En collaboration avec M. le Docteur Laroyenne (*Soc. Chir.*, 22 nov. 1923, in *Lyon Chirurgical*, 1924, t. XXI, p. 100).

5. **Torsion du grand épiploon.** En collaboration avec M. le Docteur Tavernier (*Soc. Nat. de Médecine et des Sc. Méd. de Lyon*, 23 janv. 1924, in *Lyon Méd.*, 22 juin 1924).

6. **Fratures de l'apophyse styloïde du péroné avec dislocation du genou.** En collaboration avec M. le Docteur Perrin (*Soc. de Chir.*, 21 février 1924, in *Lyon Chir.* 1924, t. XXI, p. 513).

7. **Forme anormale de rupture tubaire. Type épigastrique.** En collaboration avec M. le Docteur Ph. Rochet (*Soc. Nat de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 12 mars 1924, in *Lyon Méd.*, 31 août 1924).

8. **Corps étrangers de la vessie. Prolapsus rectal secondaire.** En collaboration avec M. le Docteur Tavernier (*Soc. de Chir.*, 10 avril 1924, in *Lyon Chir.*, t. XXI, p. 615).

9. **Tumeur récidivée de l'aisselle et du bras gauche: désarticulation de l'épaule; examen histologique imprécis.** En collaboration avec M. le Professeur Bérard et M. Creyssel (*Soc. Nat. de Médecine et des Sc. Méd.*, 25 juin 1924, in *Lyon Méd.*, 7 décembre 1924, p. 744).

10. **Lithiase rénale bilatérale, pyélotomie double.** En collaboration avec MM. Wertheimer et Creyssel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, nov. 1924, in *Lyon Méd.*, tome CXXXIV, 1924, p. 814).

11. **Abcès du foie rompu spontanément. Péritonite. Guérison par l'intervention suivie d'un traitement à l'émétine et à l'arsenic.** En collaboration avec M. Ricard (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 10 déc. 1924, in *Lyon Méd.*, 15 mars 1925, p. 324).

12. **Appendicite à gauche ayant déterminé un syndrome rectal.** En collaboration avec M. Wertheimer (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 24 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 5 avril 1925, p. 433).

13. **Fistule urétérale post-opératoire guérie à la suite d'un cathétérisme urétéral.** En collaboration avec MM. Wertheimer et Creyssel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 3 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 15 février 1925, p. 192).

14. **Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation. Présentation de malades, d'instruments et de radiographies.** En collaboration avec M. le Docteur Patel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 29 mars 1925, p. 402).

15. **Résection de l'acromion pour ostéite. Bons résultats fonctionnels.** En collaboration avec M. le Docteur Patel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 décembre 1924, in *Lyon Méd.*, 29 mars 1925, p. 403).

**1925**

16. **Corps étranger du ménisque interne du genou simulant une luxation méniscale.** En collaboration avec M. le Professeur Bérard et M. Creyssel (*Soc. Nat. Méd. et des Sc. Méd.*, 14 janvier 1925, in *Lyon Méd.*, 3 mai 1925, p. 546).

17. **Bacillose du tarse antérieur. Amputation tibio-calcanéenne.** En collaboration avec M. le Professeur Patel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 21 janvier 1925, in *Lyon Méd.*, 10 mai 1925, p. 574).

18. **Volumineux fibrome dégénéré.** En collaboration avec M. le Professeur Patel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 février 1925, in *Lyon Médical*, 28 juin 1925, p. 791).

19. **Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation. Résultats éloignés, consolidés. Présentation de malades et de radiographies.** En collaboration avec M. le Professeur Patel (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 mars 1925, in *Lyon Médical*, 9 août 1925, p. 165).

20. **Large déchirure du vagin au cours de la défloration.** En collaboration avec M. le Professeur PATEL (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 25 mars 1925, in *Lyon Médical*, 6 sept. 1925, p. 288).

21. **Ostéome d'origine traumatique pédiculé sur l'épine iliaque antéro-supérieure.** En collaboration avec MM. PATEL et ROLLET (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1er avril 1925, in *Lyon Médical*, 20 sept. 1925, p. 349).

22. **Paralysie durable du plexus brachial après anesthésie régionale pratiquée pour phrénicotomie.** En collaboration avec MM. WERTHEIMER et CHAVENT (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 22 avril 1925, in *Lyon Médical*, 11 oct. 1925, p. 437).

23. **Kyste dermoïde de l'ovaire avec maxillaire et nombreuses dents inclus.** En collaboration avec M. le Professeur PATEL (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 29 avril 1925, in *Lyon Médical*, oct. 1925, p. 464).

24. **Fibrome rouge volumineux.** En collaboration avec M. le Professeur PATEL (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 29 avril 1925, in *Lyon Médical*, oct. 1925, p. 464.

25. **De l'hémicolectomie droite après dérivation interne.** En collaboration avec MM. X. DELORE et COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 20 mai 1925, in *Lyon Médical*, 25 oct. 1925).

26. **Coexistence d'un ulcère cardiaque et d'un ulcère pylorique. Gastrostomie et gastro-entérostomie.** En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925, in *Lyon Médical*, 8 nov. 1925).

27. **Cysto-sarcome du sein.** En collaboration avec MM. ALAMARTINE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925, in *Lyon Médical*, nov. 1925).

28. **A propos d'un cas d'adéno-fibrome bilatéral du sein.** En collaboration avec M. PATEL (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 4 juin 1925, in *Lyon Médical*, nov. 1925, p. 596).

29. **Au sujet d'un cas autochtone d'abcès dysentérique du foie.** En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 10 juin 1925, in *Lyon Médical*, 29 nov. 1925 p. 653).

30. **Fractures de l'olécrane traitées par ostéosynthèse.** En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 18 juin 1925, in *Lyon Médical*, 6 déc. 1925).

31. **Fracture du col de l'omoplate.** En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 24 juin 1925, in *Lyon Médical*, 20 déc. 1925, p. 743).

32. **Bacillose iléo-cœcale avec présence de trichocéphales : hémicolectomie droite.** En collaboration avec MM. DELORE et H. COMTE (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1er juillet 1925, in *Lyon Médical*, 3 janv. 1926, p. 12).

33. **Fracture du crâne: lésions de la voûte et de la base. Radiographies.** En collaboration avec MM. Guilleminet et J. Rollet (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1er juillet 1925, in *Lyon Méd.*, 17 janvier 1926, p. 63).

34. **Instrumentation et technique de l'ostéosynthèse.** En collaboration avec J. Rollet (Travail du service de M. le Professeur Patel, article original paru in *Lyon Chir.*, août-septembre 1925).

35. **De la thoracectomie étendue, seul traitement des fistules pleurales rebelles.** En collaboration avec M. Guilleminet (Travail du service de M. le Professeur Bérard, article original paru in *Presse Médicale*, 19 septembre 1925).

36. **Contribution à l'étude des gros kystes fermés de l'ouraque.** En collaboration avec M. le Professeur Patel (article paru in *Gynécologie et Obstétrique*, t. XII, n° 6, déc. 1925).

37. **Contribution à l'étude des gastrorragies de causes mal connues: « estomac vasculaire pulsatile ».** En collaboration avec MM. X. Delore et H. Comte (article original paru in *Presse Médicale*, janvier 1926).

38. **Au sujet du traitement des rétrécissements des anus contre nature.** En collaboration avec MM. X. Delore et H. Comte (article original paru in *Lyon Médical*, 22 nov. 1925).

39. **Gros calcul de l'urètre antérieur. Tolérance parfaite pendant 20 ans.** En collaboration avec MM. X. Delore et H. Comte (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 nov. 1925, in *Lyon Médical*, janvier 1926).

**1926**

40. **Volumineux hydrosalpinx à développement intraligamentaire.**En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 février 1926).

41. **A propos d'un volumineux fibrome sous-muqueux sphacélé.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 28 avril 1926).

42. **Au sujet de la grossesse angulaire,** En collaboration avec M. L. Michon (paru in *Lyon Médical*, mai 1926).

43. **Ulcère double bi-orificiel de l'estomac.** En collaboration avec MM. X. Delore et H. Comte (article paru in *Lyon Médical*, 1er nov. 1925).

44. **Les fractures de l'extrémité supérieure du péroné. Etude anatomo-clinique. Recherches expérimentales.** En collaboration avec M. le Docteur Perrin (in *Revue Orthopédie*, n° 4, juillet 1926).

45. **De l'intervention précoce dans la tuberculose articulaire et para-articulaire.** Mémoire remis oct. 1926 ; prix de l'internat (interne lauréat) ; prix Bouchet (chirurgie).

46. **Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales.** Statistique inédite (112 cas). Résultats éloignés. Indications opératoires (*th. Lyon*, 1926).

### 1927

47. **Volumineuse hypertrophie du col utérin simulant un prolapsus total chez une diabétique.** En collaboration avec M. Montel (présentation de cliché et de pièces, *Sté Sc. Méd. Lyon*, 23 février 1927, in *Lyon Méd.*, juillet 1927).

48. **De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse.** En collaboration avec M. Villard (in *Gyn. et Obst.*, art. original 1927).

49. **Conservation de l'utérus seul.** En collaboration avec M. Michon (art. original in *Gyn. et Obst.*, 1927).

50. **Maladie sérique post-opératoire récidivante déclenchée par l'acte opératoire lui-même.** En collaboration avec M. Michon (*Sté de Médecine de Lyon*, 5 avril 1927).

51. **Des interventions chirurgicales conservatrices dans la grossesse tubaire.** En collaboration avec M. Montel (in *Lyon Médical*, 18 avril 1927, article original).

52. **Des indications opératoires dans les adénomyomes des cornes utérines.** En collaboration avec M. Michon (in *Sté Gyn. et Obst. Lyon*, 5 mai 1927, in *Bull. Sté Obst. et Gyn.*, n° 7, juillet 1927).

53. **Du danger urétéral dans les interventions chirurgicales pour annexites** (pour candidature) (*Sté Sc. Médicales*, décembre 1927, article in *Lyon Méd.*, 22 avril 1928).

53. **Syphilis du maxillaire inférieur ayant simulé une ostéite bacillaire.** En collaboration avec M. Villard (*Sté Sc. Méd.*, 4 janvier 1928, in *Lyon Méd.*, 6 mai 1928).

55. **Résultats des opérations restauratrices dans la stérilité due aux oblitérations du pavillon tubaire.** En collaboration avec M. Villard (*Congrès gynécologique Lyon*, 1927, in *Gyn. et Obst.* n° 4, année 1927).

### 1928

56. **Fibrome pur de l'ovaire.** En collaboration ovec M. F. Condamin (*Sté Sc. Médicales*, 1er février 1928).

57. **Syndrome clinique douloureux de cholécystite chronique. Vésicule fraîse à l'intervention. Cholécystectomie: guérison.** En collaboration avec M. Bouysset (*Sté Sc. Médicales*, 15 février 1928, in *Lyon Méd.*, 15 juillet 1928).

58.—**Tuberculose annexielle bilatérale avec lésions anatomiques diverses.** En collaboration avec M. F. Condamin (*Sté Sc. Médicales*, 28 mars 1928, in *Lyon Méd.*, 23 sept. 1928).

59. **Pseudo-kyste du pancréas. Fistule pancréatique post-opératoire. Remarques physiologiques et thérapeutiques.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Sté Sc. Médicales*, 18 avril 1928, in *Lyon Médical*, 7 octobre 1928).

60. **A propos d'une « vésicule fraise ».** (*Sté Sc. Médicales Lyon*, 6 juin 1928, in *Lyon Méd.*, 9 déc. 1928).

61. **De l'utilisation des greffes graisseuses pour l'oblitération immédiate des brèches pleurales opératoires.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Sté Sc. Médicales*, 6 juin 1928, in *Lyon Méd.*, 16 déc. 1928).

62. **Discussion sur la rachi-anesthésie. Statistique de la clinique gynécologique de Lyon.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Congrès de Chirurgie*, octobre 1928).

63. **A propos d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Difficultés du diagnostic et remarques radiographiques.** (Prés. de pièce, *Sté Sc. Médicales Lyon*, 7 nov. 1928, in *Lyon Médical*, février 1929).

64. **Exostose de l'omoplate.** En collaboration avec M. F. Pouzet (*Sté Sc. Médicales Lyon*, 14 novembre 1928, in *Lyon Méd.*, 10 février 1929).

65. **De la conservation des connexions tubo-ovariennes dans le traitement des oblitérations du pavillon tubaire.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (art. original, in *Paris Médical*, décembre 1928).

**1929**

66. **Thrombus vulvo-vaginal au cours de la grossesse.** En collaboration avec M. Chavent (in *Sté Gyn. et Obst.*, Lyon, 4 mars 1929).

67. **Fibromes isthmiques inclus et enclavés.** En collaboration avec M. J. Caillot (*Sté Sc. Méd.*, 6 mars 1929).

68. **Torsion des annexes et d'un gros kyste du parovaire.** En collaboration avec M. J. Caillot (*Sté Sc. Méd.*, 1929, 1er mai, in *Lyon Méd.*, 25 août 1929).

69. **Hémoptysie au cours d'une anesthésie générale.** En collaboration avec Mlle Weill (*Sté Sc. Méd.*, 1er mai 1929, in *Lyon Méd.*, 25 août 1929).

70. **Myomectomie au cours de la grossesse pour accidents péritonéaux. Guérison.** En collaboration avec M. H. Pigeaud (*Sté Sc. Méd.*, 8 mai 1929, in *Lyon Méd.*, 1er sept. 1929).

71. **Extirpation abdomino-transanale du rectum. Lipome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Résultats éloignés. Datant de 11 mois.** (*Sté Sc. Méd.*, 22 mai 1929, in *Lyon Méd.*, 29 sept. 1929).

72. **Fibromatose sur utérus bicorne uni-cervical.** (*Sté Sc. Méd.*, 26 juin 1929, in *Lyon Médical*, 10 nov. 1929).

73. **Endométriome sur cicatrice de laparotomie pour grossesse tubaire.** (*Sté Sc. Méd.*, 26 juin 1929, in *Lyon Médical*, 17 novembre 1929).

74. **Large plaie de la vulve par empalement avec dissection de l'urètre.** En collaboration avec M. Verrières (*Sté Sc. Méd.*, 6 nov. 1929, in *Lyon Méd.*, 8 décembre 1929).

75. **Fibro-lipome de la paroi abdominale.** En collaboration avec M. Clavel (*Sté Sc. Méd.*, 13 novembre 1929, in *Lyon Méd.*, 22 déc. 1929).

76. **Résection totale de la trompe avec implantation du pavillon tubaire.** En collaboration avec M. Clavel (*Sté Sc. Méd.*, nov. 1929, in *Lyon Méd.*, 15 déc. 1929).

### 1930

77. **Hydrosalpinx volumineux bilatéral avec adénomyomes des cornes.** En collaboration avec M. Clavel (*Sté Sc. Méd.*, 4 déc. 1929, in *Lyon Médical*, 19 janvier 1930).

78. **A propos d'un fibrome avec anémie grave.** En collaboration avec M. Clavel (*Sté Sc. Médicales*, 4 déc. 1929, in *Lyon Méd.*, 26 janvier 1930).

79. **Grossesse tubaire isthmique avec syndrome d'inondation péritonéale par hémorragie artérielle.** En collaboration avec M. Carcassonne (*Sté. Sc. Médicales*, 8 janvier 1930, in *Lyon Méd.*, 16 mars 1930).

80. **Utérus double bicorne unicervical avec large bride sagittale vésico-rectale. Opération conservatrice.** En collaboration avec M. Lyonnet (*Sté Sc. médicales*, 2 avril 1930).

81. **Des ligamentopexies par autoligature. Procédé extra et intrapéritonéal.** (In *Rev. Française de Gyn. et Obst.*, avril 1930).

82. **De l'hystérectomie élargie dans le cancer du col.** (In *Lyon Chirurgical*, sous presse).

## COLLABORATION A DES THÈSES

Ch. Grobert. — Contribution à l'étude de l'anesthésie épidurale. *Th. Lyon*, 1924.

Sauvaget. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein. *Th. Lyon*, 1924.

P. Ducroux. — Les ulcères du pylore et du corps de l'estomac associés ou consécutifs. *Th. Lyon*, 1926.

De Girardier. — Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées des deux os de la jambe chez l'adulte. *Th. Lyon*, 1927.

Clavez. — Contribution à l'étude du traitement des salpingites par l'hystérectomie fundique. *Th. Lyon*, 1927.

Le Quément. — L'aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites. *Th. Lyon*, 1928.

A. Labry. — Du traitement chirurgical des ankyloses osseuses temporo-maxillaires par la résection articulaire. *Th. Lyon*, 1928.

F. Baroni. — La salpingectomie rétrograde sous-séreuse. *Th. Lyon*, 1928.

G. Montel. — Cervicite chronique et cancer du col utérin. *Th. Lyon*, 1928.

M. Paramelle. — De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds, dans le traitement de la rétroversion utérine (procédé extra et intrapéritonéal). *Th. Lyon*, 1928.

F. Condamin. — Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Th. Lyon*, 1928.

Kazum. — De la conservation des connexions tubo-ovariennes dans le traitement des oblitérations du pavillon tubaire. *Th. soutenue devant l'Université de Beyrouth*, 1928-29.

J. Caillot. — De la conservation parcellaire de l'ovaire. *Th. Lyon*, 1930.

---

# AVANT-PROPOS

Les travaux scientifiques dont nous présentons ici l'analyse sont de valeur diverse : les uns sont de simples présentations de malades ou de pièces opératoires offrant un seul intérêt de curiosité scientifique, nous ne ferons que les signaler ; d'autres sont le résultat d'un travail coordonné et prolongé, nous insisterons davantage à leur sujet.

Il existe une série de questions chirurgicales dont nous avons poursuivi l'étude systématique et auxquelles nous avons consacré un certain nombre de mémoires. C'est ainsi que, depuis cinq ans et sous la direction de notre Maître, M. le Professeur Villard, nous nous sommes particulièrement intéressé à la chirurgie conservatrice en gynécologie : en dehors de notre thèse de doctorat, nous avons publié de nombreuses statistiques, des études anatomo-cliniques et décrit des techniques opératoires conservatrices particulières (la salpingectomie rétrograde sous-séreuse, salpingostomie avec conservation de la frange tubo-ovarique, implantation directe du pavillon tubaire dans l'utérus, indications opératoires dans les adénomyomes des cornes utérines, conservation de l'utérus seul, chirurgie conservatrice dans les grossesses tubaires, myomectomies, etc.).

Plusieurs de ces travaux sont basés sur des recherches anatomiques et physiologiques personnelles ou comprennent l'étude de résultats éloignés chez des opérées recherchées et réexaminées.

Si nous insistons sur ces publications, c'est qu'elles comportent une idée directrice mais elles sont loin d'être les seules que nous avons publiées en chirurgie pelvienne. D'autre part, elles ne correspondent *nullement* à une idée de spécialisation de notre part. En effet, en chirurgie abdominale, nous signalerons également nos travaux sur la chirurgie de l'estomac (ulcères bi-orificiels, estomac vasculaire pulsatile), sur la chirurgie du foie et du pancréas (vésicules « fraises », abcès

amibiens, étude physiologique et thérapeutique des fistules pancréatiques). Par ailleurs, nous avons repris le traitement des fistules pleurales rebelles par la thoracectomie large et préconisé les greffes graisseuses pour l'oblitération des brèches pleurales. Enfin, dans la chirurgie des membres, nous signalerons nos études personnelles sur la fracture de l'apophyse styloïde du péroné avec son retentissement articulaire et nos travaux sur l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires.

Nous nous sommes toujours efforcé de baser nos études anatomo-cliniques ou les procédés de médecine opératoire que nous préconisons sur des données anatomiques et expérimentales précises et sur des résultats éloignés revus et contrôlés.

Nous avons adopté le plan d'exposition suivant :

I. — Anatomie et physiologie chirurgicales.
II. — Pathologie générale et chirurgicale.
III. — Chirurgie abdominale : 1° Estomac, Intestin ;
2° Foie, Pancréas.
IV. — Gynécologie : Ch. I ; Ch. II.
V. — Urologie.
VI. — Tête ; Thorax.
VII. — Membres : Membre supérieur ; Membre inférieur.

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE CHIRURGICALES

Nous ne signalerons dans ce chapitre que nos travaux de cet ordre ayant fait l'objet de recherches personnelles.

## LA FRACTURE DE L'APOPHYSE STYLOIDE DU PERONE

(Etude anatomo-pathologique et expérimentale)

(In *Revue d'Orthopédie*, juillet 1926)

Donner aux fractures de l'apophyse styloïde du péroné, particulièrement au point de vue clinique et thérapeutique, une entité plus nette, qui les distingue et même quelquefois les oppose aux autres fractures de l'extrémité supérieure du péroné, a été le but de notre article.

En effet, ayant rencontré en clinique des exemples vraiment typiques de fracture de l'apophyse styloïde du péroné, et ayant pu, grâce à des pièces d'amphithéâtre et par des recherches anatomiques et expérimentales, justifier nos conceptions, nous estimons que ces fractures styliennes méritent une *étude complète* spéciale.

### Données anatomiques

Lorsqu'on examine une articulation du genou par sa face externe, on remarque combien importante est la part que prend l'apophyse styloïde du péroné au maintien de la solidité articulaire.

1° La capsule est renforcée à ce niveau par :

A. — *Le ligament latéral externe* bien moins important que le ligament latéral interne, il est constitué par un simple cordon arrondi de 4 millimètres seulement.

B. — *Un ligament actif*, par contre, *très puissant ;* le biceps crural qui vient se fixer solidement en s'épanouissant tout autour du ligament

latéral externe sur l'apophyse styloïde du péroné, envoyant accessoirement des expansions au tibia et à l'aponévrose jambière.

2° L'extrémité supérieure du péroné est unie au tibia par les *ligaments péronéo-tibiaux supérieurs*. Ceux-ci : l'un antéro-externe, l'autre postéro-interne, partent de la *tête* du péroné. Leur puissance, particulièrement celle du premier, est signalée par tous les anatomistes.

3° Le nerf sciatique poplité externe suit le bord postérieur du biceps et ne se trouve en rapport direct avec le péroné que plus bas au niveau du col du péroné.

Ces données nous permettent de faire une constatation essentielle :

Il existe trois étages au niveau de l'extrémité supérieure du péroné:

1° *L'apophyse styloïde,* où s'insère le *tendon* du *biceps ;*

2° *La tête du péroné,* d'où partent les *ligaments péronéo-tibiaux* supérieurs ;

3° *Le col,* en rapport direct avec le *nerf sciatique* poplité externe.

### Déductions pathologiques

Ces notions anatomiques nous permettent d'envisager théoriquement les lésions accompagnant les différents traits de fracture :

1° Si le trait de fracture passe *au-dessus* des ligaments péronéo-tibiaux (fracture de l'apophyse styloïde), le tendon puissant du biceps n'a plus son insertion fixe et sa rétraction détermine une ascension de l'apophyse styloïde. En outre, ce tendon ne peut plus remplir le rôle de puissant ligament actif de l'articulation du genou ; seul, s'il n'est pas également compromis, le frêle ligament latéral externe doit assurer l'aide à la capsule : aussi *à priori* pouvons-nous écrire qu'une telle fracture s'accompagnera sans doute d'un retentissement articulaire plus ou moins important : genu varum, désinsertion capsulaire, dislocation du genou possible.

Enfin, dans une fracture de l'apophyse styloïde le nerf sciatique poplité externe n'apparaît pas comme devant être intéressé directement par la fracture : sa contusion ou son élongation seules sont vraisemblables.

2° Par contre, une fracture sous-jacente aux ligaments péronéo-tibiaux se trouve en rapport direct avec le nerf sciatique poplité externe.

D'autre part, elle ne doit pas théoriquement présenter un gros retentissement articulaire puisque l'insertion inférieure du tendon bicipital et les ligaments péronéo-tibiaux supérieurs subsistent intacts, de sorte que l'appareil de soutien capsulaire externe du genou reste à peu près indemne.

| Fractures de l'apophyse styloïde | Fracture du col |
| --- | --- |
| Ecart marqué des fragments. | Ecart moindre des fragments. |
| Retentissement articulaire. | Pas de retentissement articulaire direct. |
| Paralysie inconstante et transitoire du nerf S. P. E. par élongation. | Nerf S. P. E. pouvant être directement intéressé par le trait de fracture. |

Ainsi ces données anatomiques théoriques nous permettent d'entrevoir des notions importantes au point de vue du diagnostic et du traitement. L'expérimentation et la clinique les ont vérifiées.

### Etude expérimentale

Un cadavre non injecté est placé en décubitus latéral, le genou reposant par le condyle interne sur un billot : des pressions pouvant être mesurées sont exécutées au niveau de la région malléolaire, tandis que la cuisse et le tronc sont maintenus fixés. On peut, dès lors, en pratiquant à la scie des sections au niveau de l'apophyse styloïde ou bien au niveau du col, juger particulièrement du retentissement articulaire qui se produit dans l'un ou l'autre cas.

Par cette méthode nous avons obtenu les résultats suivants :

1° Nous n'avons pu qu'une fois, sur cinq essais, réaliser une fracture de l'apophyse styloïde du péroné par brusque et forte adduction de la jambe. Il semble donc bien que la contraction du biceps est surtout en cause dans la pathogénie de cette fracture ;

2° Au point de vue retentissement articulaire, nos essais ont été concluants :

A. — On scie le péroné au niveau du col. Une pression considérable réalisant l'adduction forcée de la jambe n'obtient aucun résultat, on sent *très nettement se tendre et résister le tendon du biceps* qui, du fait des ligaments péronéo-tibiaux supérieurs, conserve son rôle de puissant ligament actif articulaire.

B. — On scie le péroné à la base de l'apophyse styloïde, donc au-dessus des ligaments périnéo-tibiaux (fracture de l'apophyse styloïde). En ce cas, une pression au niveau de la région malléolaire, même légère, réalisant l'adduction produit de suite le genu varum ; si on augmente cette pression, on note un arrachement du ligament latéral externe le plus souvent d'ailleurs déjà compromis par le trait de fracture ou de scie, puis la capsule lâche à son tour ; la pression augmentant encore, on obtient la désinsertion des ligaments croisés, puis une véritable dislocation du genou.

C. — Nous avons mesuré la force nécessaire pour obtenir ces lésions.

Sur un cadavre de femme, par exemple, la distance, genou région malléolaire, mesurant 32 centimètres, nous avons obtenu un arrachement capsulaire avec une pression, réalisée par un seau rempli de 10 litres d'eau environ.

Sur l'autre jambe du même cadavre, mais le trait de scie passant au niveau du col du péroné, une force triple n'obtenait aucun résultat.

Le retentissement articulaire dans les fractures de l'apophyse styloïde du péroné nous semble par suite démontré expérimentalement.

## DE LA SALPINGECTOMIE RETROGRADE SOUS-SEREUSE

(Etude anatomique de la vascularisation de l'ovaire)

(In *Gynécologie et Obst.*, t. XV, n° 4, avril 1927)

C'est à la suite de constatations de dégénérescences de l'ovaire conservé, après salpingectomies (cf. chapitre Gynécologie) que nous avons repris l'étude de l'irrigation de l'ovaire et proposé une intervention spéciale: la salpingectomie rétrograde sous-séreuse dont nous exposons plus loin les temps opératoires. En effet, il faut attacher la plus grande importance à la bonne vascularisation de l'ovaire conservé. Tuffier,

Hartmann, Lecène ont insisté déjà sur l'intérêt qui existe à ménager l'arcade artérielle tubo-ovarienne, car c'est d'une irrigation défectueuse que dérivent souvent les dégénérescences ovariennes.

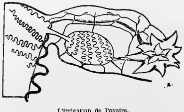
Il est logique, en outre, d'estimer qu'une ligature du mésosalpinx peut intéresser aussi, soit par étirement, soit directement, des plexus nerveux voisins.

Enfin une bonne reconstitution du ligament large paraît toujours nécessaire. Rouffart a précisé, en 1921, à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique l'importance de cette péritonisation et les moyens de la réaliser.

Il est manifeste, d'autre part, que dans une salpingectomie à l'ordinaire la suture en masse du mésosalpinx laisse à nu un large moignon et donne une reconstitution moins anatomique, attirant souvent l'ovaire conservé contre l'utérus ou modifiant parfois la statique normale de ce dernier.

Quelques précisions anatomiques doivent être ici brièvement rappelées.

Après la courte portion interstitielle qui traverse la paroi utérine,



L'irrigation de l'ovaire.

la trompe se dégage pour accomplir son trajet isthmique puis ampullaire. Pendant tout ce trajet, elle est recouverte parfaitement par le péritoine viscéral qui, formant le méso-salpinx, établit ainsi une sorte de voile séparant latéralement le cavum pré-utérin du cavum rétro-utérin. Ce n'est qu'au niveau du pavillon que la trompe apparaît libre, sans feuillet séreux s'ouvrant en pleine cavité péritonéale.

D'autre part, l'ovaire est fixé à l'utérus par le ligament utéro-ovarien et à la trompe par la frange tubo-ovarique. L'artère ovarienne branche de l'aorte, aborde l'ovaire par son extrémité externe et l'irrigue: elle fournit en outre des artères tubaires, puis formant une arcade transversale, elle s'anastomose à plein canal avec la terminaison de l'artère utérine. Si beaucoup d'auteurs accordent au point de vue de l'irrigation de l'ovaire la prépondérance à l'ovarienne, par contre, les recherches anatomiques classiques de Weber, de Brœckaert sont d'avis contraire : « l'artère utérine se distribue à l'utérus et à ses annexes, tandis que l'ovarienne branche très grêle se rend à l'extrémité externe de l'ovaire sans aller au delà ». Les ouvrages classiques dégagent de ces discussions une opinion intermédiaire.

En réalité, il est vraisemblable que de grandes variétés individuelles existent, et qu'en cas de lésions pathologiques, celles-ci sont encore plus accusées. Quoi qu'il en soit, l'importance de cette arcade est capitale, la ménager apparaît prudent en ce qui concerne la nutrition, ovarienne.

Sur ces données est basée la salpingectomie rétrograde sous-séreuse, dont nous publions dans cet exposé, plus loin, les temps opératoires.

### A PROPOS DE LA CONSERVATION DES CONNEXIONS TUBO-OVARIENNES DANS LE TRAITEMENT DES OBLITERATIONS DU PAVILLON TUBAIRE

(Partie anatomique et physiologique)

(In *Paris Médical*, 15 déc. 1928)

Tous les chirurgiens ont été frappés du mauvais résultat que donnent les salpingostomies, et, au Congrès de Gynécologie de Lyon 1927, cette déception fut nettement déclarée par les rapporteurs. Nous-même, après avoir contrôlé 26 résultats éloignés de salpingostomies faites à la Clinique gynécologique, n'avons pu retrouver que 2 grossesses consécutives, or, justement, ces deux cas ont été obtenus par une technique opératoire un peu particulière basée sur des données anatomiques et physiologiques précises qui constituent la raison d'être de cet article.

Nos recherches personnelles nous ont, en effet, permis de préciser l'importance des connexions tubo-ovariques et particulièrement de la

frange tubo-ovarique lors de l'adaptation tubo-ovarique facilitant la migration de l'ovule.

Données anatomiques. — Le pavillon tubaire qui se recourbe pour recouvrir l'ovaire en partie est constitué par l'épanouissement de la partie ampullaire de la trompe. Le pourtour du pavillon est découpé en languettes qui constituent les franges. Celles-ci sont en nombre variable, en général 10 à 15. Elles sont d'ordinaire dentelées, parfois filiformes. Elles se juxtaposent en formant une rangée unique ou bien se disposant sur 2 ou 3 cercles concentriques formant une corolle élégante au fond de laquelle s'ouvre l'ostium tubaire (Testut). Richard a signalé en outre (trois fois sur trente) des pavillons accessoires ou surnuméraires s'ouvrant latéralement sur la moitié externe de la trompe.

Mais, parmi les différentes franges du pavillon, une nous intéresse particulièrement : c'est la frange tubo-ovarique, qui, de la partie inférieure de l'ampoule, se porte vers l'extrémité externe de l'ovaire. Elle suit exactement le ligament tubo-ovarique, auquel elle adhère intimement par sa face externe : elle est creusée en son milieu par un sillon longitudinal qui aboutit à l'ostium tubaire (Cruveilhier, Déville). Ses rapports avec le ligament tubo-ovarique sont cependant variables. Richard a constaté ainsi qu'assez souvent la frange ovarienne n'atteint pas l'ovaire et laisse par suite à découvert un segment plus ou moins long du ligament tubo-ovarien. Ce segment découvert peut atteindre dans certains cas un centimètre de long, il est alors parcouru d'un sillon longitudinal qui prolonge jusqu'à l'ovaire le sillon de la frange.

Au point de vue histologique, un fait capital est à noter : la muqueuse des franges du pavillon peut être considérée comme l'extériorisation et la continuation de la muqueuse tubaire : aussi retrouvons-nous sur les franges le même *épithélium cylindrique surmonté de cils vibratils* : la frange ovarienne présente toujours cette disposition histologique. Les cils vibratils sont toujours très marqués à ce niveau au moment du rut chez la chienne, la chatte, la souris, ainsi que l'a remarqué Moreau.

Enfin, lorsque la frange ovarienne ne se poursuit pas jusqu'à l'ovaire, la partie découverte du ligament tubo-ovarique se recouvre d'un épithélium cilié.

Quant au ligament tubo-ovarique sous-jacent, il est formé de tractus conjonctif. Rouget puis Luschka ont décrit à son niveau des fibres musculaires lisses auxquelles également on a voulu faire jouer un rôle physiologique. Nous verrons plus loin, à ce sujet, l'importance de ces détails histologiques.

Nous retiendrons donc de ce simple rappel, que si la trompe s'ouvre bien en plein péritoine, il n'en existe pas moins une disposition anatomique et histologique qui établit, du moins chez l'homme (nous verrons au chapitre physiologique qu'il n'en est pas de même dans les différentes espèces animales), un trait d'union certain, véritable lien de continuité entre l'ovaire et le pavillon tubaire.

Données physiologiques. — L'ovulation proprement dite est actuellement bien connue. Des travaux histologiques et physiologiques nombreux ont précisé exactement comment évoluait le follicule de De Graaf, comment se faisait la rupture de l'ovisac et dans quelles conditions l'ovule était mis en liberté. D'autre part, le cheminement de l'ovule dans la trompe et sa fécondation constituent également des données classiques. Par contre, *et ceci nous intéresse au plus haut point,* le mécanisme précis qui permet à l'ovule de pénétrer dans le pavillon tubaire reste encore discuté et discutable.

En effet, l'ovaire est un organe intrapéritonéal, et seul le petit ligament tubo-ovarique précédemment décrit forme sa liaison avec la trompe: on conçoit donc fort bien que l'ovule expulsé de l'ovaire puisse tomber dans le péritoine et y disparaître, ou bien, s'il y a eu fécondation, s'y développer, et les grossesses péritonéales, rares mais certaines, en sont une preuve. Toutefois, ce n'est pas là le cas normal ; dans les conditions physiologiques, l'ovulation s'accompagne de phénomènes particuliers qui réalisent ce qu'on nomme l' « adaptation tubaire » et permettent à l'ovule de tomber dans le pavillon tubaire.

Si l'on fait le bilan des connaissances classiques à ce sujet, on constate que « cette adaptation de l'orifice tubaire » est réalisée par trois mécanismes principaux que nous ont fait prévoir les données anatomiques et histologiques.

1° Il se produit des phénomènes vasculaires réalisant une véritable « érection tubaire ».

2° Les fibres lisses mises en évidence par Rouget, particulièrement celles du ligament tubo-ovarique, se contractent.

3° Les cils vibratils de la surface ovarienne de la frange tubo-ovarique et des autres franges du pavillon conduisent l'ovule dans la lumière tubaire.

Par ces trois procédés, l'adaptation du pavillon à l'ovaire serait intimement réalisée et l'ovule serait ainsi recueilli dans la trompe.

Ces données, avons-nous dit, constituent les conclusions classiques admises. Cependant, elles sont très discutées, et de nombreuses observations et expérimentations paraissent contradictoires.

Tout d'abord l'anatomie et la physiologie comparées nous donnent quelques renseignements : chez certaines espèces animales il existe un pavillon tubaire formant normalement un vaste entonnoir qui encapuchonne l'ovaire presque complètement, réalisant une adaptation tubo-ovarienne normale. Chez d'autres, par contre (par exemple la grenouille), l'oviducte est indépendant de l'ovaire et demeure fixé. Or, en examinant à l'époque du rut des grenouilles femelles, on constate que tout le péritoine de la paroi abdominale antérieure présente des traînées de cellules à cils vibratils (ce qui n'existe pas chez le mâle), et Mathias Duval, en déposant de la poudre de charbon sur cette surface, l'a vue entraînée dans la région des orifices tubaires. Thiry, Pinner (1880), Lode (1894) on constaté également que l'encre de Chine injectée dans la cavité abdominale de certains mammifères passe dans les organes génitaux, et même des œufs d'ascaris lumbricoïdes injectés dans le péritoine de lapines loin des trompes ont été retrouvés après douze heures dans la partie moyenne des trompes.

Enfin l'ovule qui s'échappe d'un ovaire peut passer dans la trompe du côté opposé : Léopold Rereef et Bruzzi ont enlevé l'ovaire d'un côté, lié et sectionné la trompe de l'autre côté, et ont pu obtenir des grossesses ultérieures. En clinique, du reste, en cas d'opération conservatrice dite « croisée » (trompe d'un côté, ovaire de l'autre), des cas analogues ont été rapportés. Tous ces faits tendraient à démontrer le rôle primordial joué par les cils vibratils du péritoine pelvien.

Cependant, et principalement chez l'homme, l'adaptation tubaire paraît néanmoins essentielle pour recueillir l'ovule. Haller, Hildebrand,

Bartels, Rouget ont insisté sur la richesse vasculaire du pavillon permettant de réaliser une véritable érection. Ducalliez et Kuss ont réussi à appliquer artificiellement le pavillon contre l'ovaire par une forte injection vasculaire. D'autre part, le revêtement épithélial de la frange tubo-ovarique ne se couvre de cils vibratils chez l'animal qu'au moment du rut (recherches de Neumann, Duval et Wyett, 1880). Malassez et Sinety, Thiry et Morau auraient constaté le même fait chez une femme pendant la menstruation.

Personnellement, nous avons constaté sur des opérées, qu'une solution de bleu de méthylène placée sur l'ovaire dans 3 cas étaient rapidement passée par la trompe dans les voies génitales colorant un tampon placé dans le vagin.

Nous devons donc conclure de l'ensemble de ces faits que les conditions physiologiques qui font passer l'ovule dans la trompe sont peut-être nombreuses et de valeurs inégales. Si le rôle joué par les cils vibratils qui recouvrent parfois le péritoine pelvien et toujours les franges tubaires paraît essentiel, les autres facteurs mécaniques qui font entrer en jeu l'adaptation du pavillon sur la surface ovarienne sont également très importants.

Ces considérations anatomiques et physiologiques sur les connexions tubo-ovariennes nous ont amené à décrire une salpingostomie terminale respectant la frange tubo-ovarique dans la mesure du possible (cf. chap. Gynécologie).

## FISTULE PANCREATIQUE POST-OPERATOIRE

(Remarques physiologiques)

(In *Lyon Méd.*, 7 octobre 1928, p. 424)

C'est à la suite de l'incision d'une collection sus-pancréatique, formant pseudo-kyste, que nous avons eu l'occasion, chez une toute jeune femme ayant subi une opération césarienne, 1 an 1/2 auparavant, d'observer et d'étudier expérimentalement une fistule pancréatique.

L'examen chimique du suc pancréatique excrété par la fistule nous a donné les renseignements suivants:

| | |
|---|---|
| Densité à 15° ......................... | 1.014 gr. |
| Alcalinité (évaluée en NaOH), par litre. | 0 gr. 72 |
| Chlorures (évalués en Nacl) .......... | 4 gr. 68 |
| Albuminurie ......................... | 3 gr. 30 |
| Extrait sec .......................... | 13 gr. |
| Cendres ............................. | 9 gr. 50 |

D'autre part, nous avons pratiqué l'étude physiologique suivante :

I. — *Action du suc pancréatique* in vitro

1. Action amylolytique : positive.

2. Action émulsionnante, action saponifiante : positives.

3. Action sur les albuminoïdes : légèrement positive : en effet, les vérifications suivantes ont été faites avec une température = 38°5.

*a*) Action sur le blanc d'œuf coagulé suivant la méthode de Mette.

*b*) Sur la fibrine desséchée, action protéolytique faible : au bout de trois heures d'étuve, la fibrine est seulement gonflée. Cependant une légère digestion est effectuée car on obtient une réaction nettement positive si on recherche le tryptophane et cette réaction devient de plus en plus nette suivant le temps d'étuve. En somme, action positive faible sur les matières protéiques.

Par l'addition de quelques gouttes de chlorure de calcium, le suc pancréatique a pu être activé et la fibrine était alors dissoute au bout de douze heures. (Ce même résultat n'a pas pu être réalisé avec la muqueuse intestinale de cobaye broyée n'en ayant pas à notre disposition.)

II. — *Action du suc* in vivo

La paroi abdominale a présenté, les premiers jours de la fistule, une ulcération rouge intense sans cependant de signes de stéatonécrose très nette. Après la disparition de la petite fistule biliaire des premiers jours, cette irritation est devenue bien moindre et put être diminuée par l'action d'une pommade isolante. Peut-être la bile en petite quantité a-t-elle servi à activer alors le suc pancréatique sécrété.

Enfin, nous avons noté, pendant le mois de février, que notre malade eut une conjonctivite aiguë tenace, il semble bien que celle-ci était dû

au contact du suc pancréatique qui souillait la malade. Car la blennorragie n'était pas en cause et la conjonctivite disparut lorsque des précautions isolantes furent prises.

III. — *Etude de débit de la fistule*

Pour cela, nous avons adapté un tube de caoutchouc qui captait à quelques grammes près le liquide excrété par la fistule. Ce tube conduisait dans un flacon gradué qui était changé toutes les six heures ; nous avons fait alors les constatations suivantes :

1° *Avec une alimentation normale :* LE JOUR : LA NUIT :
Suc pancréatique excrété ...................... 160 gr. 3-4 gr.

Le maximum de l'excrétion avait lieu à 16 heures.

2° *Avec une alimentation riche en graisse :* LE JOUR : LA NUIT :
Suc pancréatique excrété ............... 185 gr. qq. grammes

3° *Après un traitement à la belladone* (pendant quatre jours injections d'atropine, 0 gr. 002 par 24 heures) : LE JOUR : LA NUIT :
Suc pancréatique excrété ............ 130-140 gr. qq. grammes

4° *Après un régime antidiabétique* (trois jours) : LE JOUR : LA NUIT :
Suc pancréatique excrété ..................... 40 gr. rien

Au bout d'une semaine de ce dernier régime, on obtient progressivement la fermeture de la fistule qui fut définitive.

Ainsi seul le régime de Wohlgemuth antidiabétique (légumes verts et viande grillée) eut une action efficace puis thérapeutique sur le début de la fistule pancréatique. L'atropine nous donna un résultat bien moindre.

# PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET CHIRURGICALE

---

### TENSION ARTERIELLE AU-DESSUS DE 70 ANS

(In *Lyon Méd.*, 10 sept. 1923)

Nous avons profité de notre séjour comme interne à l'Hospice des Vieillards du Perron pour dresser une étude statistique vérifiant les modifications de la tension artérielle chez les vieillards.

Nous avons examiné pour cela 50 vieillards de plus de 70 ans, dont 20 ayant plus de 80 ans, choisis indemnes de toute affection pathologique susceptible de troubler nos résultats.

De ces recherches, nous retiendrons les données suivantes :

I. — La tension artérielle n'augmente pas progressivement avec l'âge, elle augmente seulement avec l'âge des lésions qui la commandent.

II. — L'involution sénile avec atrophie des organes et léger degré de sclérose qui est la caractéristique anatomique de la vieillesse non compliquée, ne comporte qu'une hypertension modérée.

II. — On ne trouve pas dans l'extrême vieillesse les cas de néphrite hypertensive. De tels sujets ont évolué soit vers l'insuffisance cardiaque soit vers l'hémorragie cérébrale et ont eu, de ce fait, leur existence écourtée.

IV. — Nous n'avons pas trouvé que la moyenne de la tension artérielle soit plus élevée au-dessus de 80 ans qu'entre 70 et 80. Ce serait plutôt le contraire.

V. — L'athérome se rencontre davantage chez le vieillard que les scléroses viscérales actives : plus que la tension artérielle l'athérome augmente avec l'âge, l'un n'évoluant pas concurremment avec l'autre.

VI. — Plus que l'hypertension proprement dite, ce qui augmente avec l'âge c'est la différence entre la maxima et la minima. Le réservoir artériel devenu rigide ne suffit plus à amortir la poussée de chaque systole.

**TENSION ARTERIELLE CHEZ LES HEMIPLEGIQUES**

(In *Lyon Méd.*, 10 sept. 1923)

Sur 20 hémiplégiques anciens, la tension maxima a varié entre 17 et 20 du côté sain. Il s'agissait d'hémorragies à type capsulaire survenues autour de la soixantaine et ne s'étant pas renouvelées depuis. Un seul malade avait atteint 80 ans. Huit autres oscillaient autour de 70 ans.

De nos examens, nous pouvons conclure :

I. — La plupart des hémiplégiques anciens devenus des infirmes avaient vu leur hémiplégie survenir vers 60 ans, leur hypertension était restée modérée (entre 15 et 20 cm. de Hg). Plusieurs présentaient des troubles du rythme bien tolérés, sans signe d'insuffisance ventriculaire.

II. — Les hémiplégiques récents, dont l'hémiplégie (flasque ou spastique) n'était que la traduction d'une inondation ventriculaire fatale et dont nous fîmes l'autopsie, étaient tous de gros hypertendus.

D'où il semble résulter que si l'hypertension ne commande pas l'hémorragie, elle en règle du moins l'intensité et la gravité.

**MALADIE SERIQUE POST-OPERATOIRE RECIDIVANTE DECLENCHEE PAR L'ACTE OPERATOIRE LUI-MEME**

(*Société Médicale de Lyon*, 5 avril 1927)

Observation intéressante d'une malade présentant, à l'occasion de deux interventions chirurgicales différentes, une maladie sérique typique avec urticaire intense et généralisé, température élevée et arthralgies. Dans ses antécédents, on notait dans l'enfance des injections de sérum antidiphtérique.

Nous ferons, à ce sujet, les remarques suivantes :

I. — La rareté d'une telle observation ; nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de retrouver des cas semblables.

II. — La cause « déclenchante » paraît avoir été un épanchement séreux formant petit hématome sous-cutané au niveau de la plaie opératoire signale dans les deux interventions. Un tel cas nous paraît devoir être rapproché des observations de maladies sériques signalées après auto-hémothérapie.

### PARALYSIE DURABLE DU PLEXUS BRACHIAL APRES ANESTHESIE REGIONALE PRATIQUEE POUR PHRENICOTOMIE

(*Société Sciences Médicales*, 22 avril 1925 ; in *Lyon Méd.*, 11 oct. 1925)

A la suite d'une anesthésie régionale (30 centimètres cubes d'une solution de sucrocaïne à 1 %) pour phrénicotomie et qui obtint une anesthésie parfaite, nous avons vu se développer une paralysie durable du plexus brachial datant de plus de 6 mois, au moment de cette présentation.

Cette paralysie se caractérisait par la variabilité de ses signes neurologiques, la lenteur extrême de sa régression, l'apparition de troubles trophiques importants avec ulcérations de la main, enfin il existait une atrophie musculaire prononcée et des troubles vaso-moteurs considérables.

Une observation semblable est rare. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas analogue (Ræschke, *Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 1924, à la suite d'une injection de 20 centimètres cubes de solution de novocaïne à 1,5 %).

### DISCUSSION SUR LA RACHI-ANESTHESIE

(Statistique de la Clinique gynécologique de Lyon)

(*Congrès de Chirurgie*, octobre 1928)

A la Clinique gynécologique de Lyon, en principe, l'anesthésie générale est utilisée pour toutes les laparotomies, sauf contre-indication formelle. Par contre, la rachi-anesthésie est réservée systématiquement

aux interventions périnéales : les petites doses (0 gr. 05 cgr à 0,07 cgr de scurocaïne) permettant alors, avec une ponction lombaire basse, d'obtenir une anesthésie excellente et sans danger. Notre statistique comporte quelques incidents mais aucun accident grave.

**HEMOPTYSIE AU COURS D'UNE ANESTHESIE GENERALE**

(*Société Sc. Méd.*, 1er mai 1929 ; in *Lyon Méd.*, 25 août 1929)

Cette observation rare concerne un cas d'hémoptysie survenue chez une malade opérée pour annexite en position de Treudelenbourg et au cours d'une anesthésie générale (mélange de Schleich).

Nous n'avons pas retrouvé d'observations analogues : dans la littérature médicale, on trouve notées des hémoptysies après les anesthésies mais non au cours même de l'anesthésie.

Celle-ci n'était pas sans danger chez cette malade ayant des lésions pulmonaires connues (bacillose et ancienne plaie pulmonaire) : mais ayant été déjà opérée, elle avait refusé la rachi-anesthésie. On avait utilisé le mélange de Schleich, jugé moins irritant que l'éther et, d'autre part, la malade avait reçu préventivement 3 injections de vaccin (pneumo, entéro, staphylo, strepto).

Nous insistons particulièrement sur :

I. — *La gravité de cet accident :* cyanose brusque de la malade, tractions de la langue ne faisant pas cesser cet état asphyxique, puis brusquement rejet de sang en quantité importante.

Nous estimons que l'anesthésie elle-même et la position de Trendelenbourg ont pu jouer un certain rôle dans la production de cette hémoptysie qui survint à la fin de l'intervention. Mais surtout nous insistons sur la gravité de l'hémoptysie en ce cas, alors que les réflexes tucigènes ont plus ou moins disparu du fait de la narcose, ce qui explique, à notre avis, la cyanose extrême et l'état syncopal grave présentés par notre malade.

II. — Les suites furent cependant bonnes : crachats hémoptoïques pendant 48 heures avec élévation thermique, puis chute de la température en quelques jours, avec guérison normale ; le traitement post-opé-

ratoire convenant par ailleurs fort bien au traitement même de l'hémoptysie.

III. — Si la cause occasionnelle peut être attribuée à l'anesthésie, la lésion pulmonaire originelle était discutable. On pouvait invoquer soit une lésion bacillaire légère du sommet gauche préalablement connue et jugée non évolutive, soit une séquelle tardive d'une plaie de poitrine datant de 7 ans (cas analogues rapportés par Eschbach et Lacaze, Grégoire, Sergent et P. Pruvost). Les examens cliniques consécutifs et la radioscopie furent plutôt en faveur de la première hypothèse.

---

# CHIRURGIE ABDOMINALE

## FIBRO-LIPOME DE LA PAROI ABDOMINALE

(*Société Sc. Méd.*, 13 nov. 1929 ; in *Lyon Méd.*, 22 déc. 1929)

Présentation d'un volumineux fibro-lipome de la paroi abdominale gros comme une tête d'adulte et recouvrant la région hypogastrique et la fosse iliaque droite. Ablation facile avec simple constatation d'un pédicule profond adhérent à la gaine du muscle droit. Ce genre de tumeur a donné lieu, autrefois, à de longues discussions et depuis le mémoire fondamental de Labbé jusqu'aux travaux tout récents de



Lecène et Delamare, de nombreuses publications se sont échelonnées à ce sujet. Contrairement à l'opinion classique, notre opérée n'avait jamais eu de grossesse et de même il n'existait aucune connexion de

la tumeur soit avec le ligament rond soit avec la crète iliaque. Seul le tractus reliant la face profonde de la gaine des droits au niveau de son bord externe paraissait confirmer l'origine fibro-conjonctive de cette tumeur.

### TORSION DU GRAND EPIPLOON

(*Soc. Sciences Médicales*, 23 janv. 1924 ; in *Lyon Méd.*, 22 juin 1924)

Présentation d'une pièce rare où *tout l'épiploon* se trouvait être en complète torsion avec un pédicule très étroit et *sans lésion d'organes voisins* (en particulier pas d'épiplocèle) : l'ensemble formant une masse rouge violacée grosse comme deux gros poings et s'accompagnant de réaction péritonéale avec adhérences aux anses intestinales voisines.

Ablation facile par laparotomie.

## ESTOMAC - INTESTIN

### COEXISTENCE D'UN ULCERE CARDIAQUE ET D'UN ULCERE PYLORIQUE GASTROSTOMIE ET GASTRO-ENTEROSTOMIE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925 ; in *Lyon Méd.*, 8 nov. 1925)

Présentation d'un malade qui présentait une double sténose pylorique et cardiaque consécutive à deux ulcères bi-orificiels évoluant en même temps. Cette double scène fonctionnelle nécessita d'urgence une gastro-entéro-anastomose et une gastrostomie qui furent pratiquées en un seul temps et préférées à la jéjunostomie. Cette observation fut du reste le point de départ de l'article ci-dessous.

### ULCERES DOUBLES BI-ORIFICIELS DE L'ESTOMAC

(Article orig. in *Lyon Méd.*, 1er novembre 1925)

Nous rapportons dans cet article 4 observations très rares d'ulcères doubles de l'estomac à localisation très particulière : l'un des ulcères siègeant à la région pylorique et l'autre à la région cardiaque et les deux s'accompagnant de sténoses consécutives.

Après avoir rappelé la difficulté du diagnostic clinique de telles lésions et les signes radioscopiques qu'elles comportent, nous avons surtout insisté sur la gravité extrême de leur pronostic : celle-ci est due, en effet, aux difficultés et à l'insuffisance de la thérapeutique qu'on peut leur opposer.

Toute thérapeutique médicale était chez nos malades hors de cause. Les traitements diététiques et médicamenteux avaient échoué et l'intervention présentait un caractère d'urgence. L'on avait affaire à des malades amaigris, cachectiques, inanitiés avec des lésions complexes, étendues et un estomac très enflammé.

Le traitement de l'ulcus pylorique par la gastro-entéro-anastomose s'imposait. Il suffit, en effet, pour pallier à la sténose pylorique et même parfois pour guérir l'ulcère lui-même. Il ne peut être question, chez des malades inanitiés, de réséquer le pylore, cela étant donné aussi l'impossibilité de traiter directement l'ulcère du cardia. Chez notre deuxième malade, l'état cicatriciel de l'ulcère pylorique, l'absence apparente de sténose, avaient fait pratiquer une gastrostomie isolée et négliger la gastro-entéro-anastomose. Neuf mois après, l'on dut pratiquer celle-ci devant une récidive de l'ulcère pylorique. Il nous semble que, dans tous ces cas graves, la gastro-entéro-anastomose doit être pratiquée au bouton.

*Le traitement de l'ulcère du cardia représente la grande difficulté.* Nous entendons par ulcère du cardia, un ulcère vraiment orificiel et par là *absolument inattaquable par toute résection* et non pas l'ulcère juxtacardiaque que nous lui opposerons. Seule une gastrostomie pouvait être pratiquée.

Chez notre premier malade, où l'on avait compté que la gastro-entéro-anastomose suffirait à faire tomber le spasme dû à l'ulcère cardiaque, l'on fut obligé, deux mois après, de faire une gastrostomie.

La gastrostomie est une opération de nécessité. Ses résultats sont assez mauvais. Autant elle permet l'alimentation suffisante sur un estomac sain dans les cas de lésions œsophagiennes, autant les résultats sont imparfaits sur des estomacs malades atteint d'ulcères cardiaques. Dans nos trois cas d'ulcères bi-orificiels, en tout cas, la gastrostomie associée à la gastro-entéro-anastomose n'eut qu'une action passagère et

les malades moururent quelques mois après. Sur ces estomacs, profondément enflammés, les opérations palliatives n'eurent qu'une influence passagère.

Seule la jéjunostomie pourrait être opposée à cette double intervention palliative. Elle a pour elle sa simplicité et le fait qu'elle semble devoir mettre l'estomac à un repos plus complet. Les Anglo-Saxons, dans les cas d'ulcères inextirpables, préconisent encore la jéjunostomie associée ou non à la gastro-entéro-anastomose.

Les malades sont alimentés par la jéjunostomie pendant très longtemps, l'estomac restant ainsi au repos parfait. Mais cette thérapeutique serait sans doute insuffisante dans les cas d'ulcères bi-orificiels. L'un de nous, qui a pratiqué autrefois de nombreuses jéjunostomies et qui craint les nombreux troubles fonctionnels et accidents qu'elle cause après quelque temps, lui préfèrerait encore, dans les cas de sténoses bi-orificielles, la gastrostomie et la gastro-entéro-anastomose associées. Et cela malgré les insuccès que nous rapportons. Cette méthode de traitement pourrait en tout cas être tentée.

Le traitement des ulcères bi-orificiels ne peut donc être que palliatif. Il est insuffisant, ses résultats sont mauvais. Nous croyons cependant qu'il n'était pas inutile d'exposer ses difficultés et ses résultats. Elles peuvent, en effet, être vaincues et les résultats peuvent s'améliorer si l'on s'adresse, comme dans notre observation IV, à un stade moins avancé : à l'ulcère juxta-cardiaque. *Là, la résection de l'ulcère est possible et il faut la tenter envers et contre tout.*

Notre observation en est un exemple. L'ulcère semblait trop haut, trop adhérent, absolument inextirpable. Le clivage des adhérences aux ciseaux courbes, la section en masse aux ciseaux perpendiculairement à la petite courbure de tous les éléments épiploïques rétractés qui fixent l'ulcère en haut doivent aider à attirer en bas et à extérioriser suffisamment l'estomac pour que l'on puisse pratiquer une résection circulaire économique de l'ulcère. L'hémostase et la suture peuvent être alors difficiles, laborieuses, même en sectionnant l'appendice xyphoïde et en réclinant énergiquement les côtes. Mais, après la résection, l'estomac remonte, le diaphragme et le foie vont s'appliquer contre le foyer opératoire et, en laissant au besoin un

drain en prévision d'un léger suintement, les suites sont parfaites. Ceci est la méthode de choix. Si l'ulcère haut situé n'est pas trop étendu, l'on peut pratiquer une cautérisation suivant le procédé de Balfour.

Enfin, en désespoir de cause, devant un ulcère très adhérent sans clivage possible, plutôt que de pratiquer une gastrostomie, l'on pourrait avoir recours à la cautérisation par voie endostomacale. Cette méthode préconisée par W. Mayo consiste, après avoir ouvert l'estomac, à cautériser par cette voie l'ulcère, puis à rapprocher autant que possible la muqueuse et la paroi par-dessus les tissus cautérisés. Cette méthode assez difficile, peu satisfaisante, ne peut vivre que des contre-indications absolues de la résection.

L'on voit les difficultés opératoires considérables rencontrées dans les ulcères doubles à siège éloigné affectant les deux orifices ou leur voisinage. La thérapeutique est là tout autre que dans les ulcères doubles pyloriques et médiogastriques où les opérations directes sont possibles et où la gastro-pylorectomie étendue, quand elle est réalisable, constitue une opération de choix.

Comme conclusion à ces quelques remarques, nous voudrions insister sur le fait que ces lésions complexes de l'estomac : ulcères doubles, ulcères bi-orificiels peuvent, en quelque sorte, être considérées comme des complications des ulcères simples abandonnés trop longtemps à leur évolution naturelle. L'existence de ces complications, leur gravité, l'impuissance de la thérapeutique à leur égard est une raison de plus pour préconiser une intervention chirurgicale précoce dans les ulcères de l'estomac.

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GASTRORRAGIES DE CAUSES MAL CONNUES « ESTOMAC VASCULAIRE PULSATILE »**

(In *Presse Médicale*, n° 6, 20 janvier 1926)

Sous ce nom, nous avons décrit par analogie au « goitre vasculaire pulsatile » une vascularisation anormale de l'estomac avec artères énormes serpentines, battant avec violence et s'accompagnant d'hématémèses importantes. Deux observations caractéristiques accompagnent cet article.

Contrastant avec les lésions vasculaires, la paroi propre de l'estomac nous est apparue normale. Extérieurement, aucune trace d'ulcère, pas de périgastrite, pas de lésions de la muqueuse dans un cas.

*Au point de vue thérapeutique*, le traitement médical s'est révélé inefficace : l'opération fut indiquée par l'importance des hémorragies, mélænas ou hématémèses qui mettaient en danger les jours des malades.

La constatation si frappante de ces altérations vasculaires imposait *à priori*, logiquement, l'idée de ligatures étagées, et l'emploi seul de la gastro-entéro-anastomose fut un échec : aussi les ligatures furent-elles utilisées et permirent d'obtenir des guérisons.

A chaque ligature, on remarquait un paquet vasculaire s'affaissant et peu à peu toute la face extérieure de l'estomac reprenait, paroi et vaisseaux, un aspect normal. A cette amélioration immédiate, a fait suite la guérison des deux opérés. Tous deux ont été revus : les suites éloignées sont excellentes. En cinq années (obs. I), et en quatre mois (obs. II), les gastrorragies si importantes, si tenaces auparavant, ne se sont pas reproduites, et en même temps, l'état général de ces malades s'est transformé.

*Que pouvons-nous conclure de ces données ? La question des gastrorragies de cause inconnue n'est aucunement résolue ; nous apportons seulement des faits.*

Il *existe certaines gastrorragies liées à une vascularisation anormale* de l'estomac et pouvant s'accompagner de troubles dyspeptiques.

Cette vascularisation spéciale de cause ignorée réalise ce que nous appellerons « l'*estomac vasculaire pulsatile* ».

En présence de ces cas, le traitement chirurgical peut être suivi d'un *succès définitif*.

Il consistera essentiellement en *ligatures multiples des vaisseaux de l'estomac*, qui réaliseront pendant l'intervention même l'arrêt des troubles vasculaires constatés.

En cas de grand estomac, on complètera l'intervention par une *gastro-entéro-anastomose, celle-ci demeurant insuffisante comme seul traitement* de ces gastrorragies bien spéciales.

**APPENDICITE A GAUCHE AYANT DETERMINE UN SYNDROME RECTAL**
(*Société Sciences Médicales,* 3 déc. 1924 ; in *Lyon Méd.,* 15 février 1925)

Présentation d'un curieux cas d'appendicite à gauche s'étant accompagnée d'un syndrome dysentérique très accusé, chez un homme de 52 ans. En réalité, il s'agissait d'un très long appendice de 17 centimètres qui, partant d'un cœcum normal, passait sous le mésentère et c'est une appendicite de la pointe au contact de la terminaison de l'S iliaque qui déterminait, par des adhérences inflammatoires, le syndrome dysentérique très net (le malade eut un traitement à l'émétine) qui disparut radicalement après l'intervention.

**AU SUJET DU TRAITEMENT DU RETRECISSEMENT DES ANUS CONTRE NATURE**
(In *Lyon Médical,* 22 nov. 1925)

Parmi les accidents tardifs consécutifs à l'entérostomie, on doit redouter, avec le prolapsus de la muqueuse, le rétrécissement de l'orifice. Ce rétrécissement est constitué par la formation de tissu inflammatoire ou cicatriciel témoignant d'une infection locale que des soins locaux minutieux peuvent prévenir dans une certaine mesure. Mais une fois constitué, il n'a que tendance à s'exagérer et la scène clinique de l'occlusion se renouvelle, de sorte qu'il faut absolument y remédier.

Pour cela, classiquement, on a recours à des séances régulières de dilatation. Le but de cet article est de s'élever contre une telle méthode systématique en raison des douleurs atroces qu'elle provoque et nous conseillons dans les cas invétérés, ne cèdant pas à une seule dilatation, de pratiquer une petite manœuvre opératoire des plus faciles, consistant en un simple débridement.

I. — Légère anesthésie au besoin (générale ou locale), on introduit la pointe d'un ciseau dans la lumière intestinale en l'inclinant légèrement.

II. — En fermant le ciseau on fend, sur la longueur désirée (1-2 cm.), la lumière intestinale et la paroi à la fois. Les adhérences sont établies

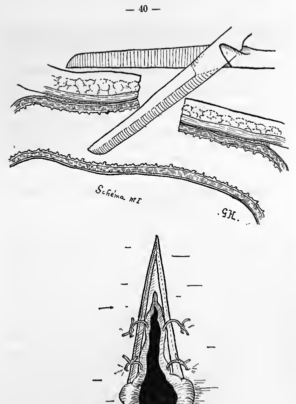


Schéma nº I

Schéma nº II

depuis longtemps et ce débridement sur une petite longueur est absolument sans danger.

III. — Les lèvres de la muqueuse intestinale sectionnée sont suturées à la peau par quelques points au catgut.

Nous estimons que cette petite intervention, autant par le soulagement qu'elle procure que par sa facilité d'exécution, doit s'imposer.

### BACILLOSE ILEO-CŒCALE AVEC PRESENCE DE TRICHOCEPHALES HEMICOLECTOMIE DROITE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1er juillet 1925 ; in *Lyon Méd.*, 3 janvier 1926)

Nous avons présenté une pièce résultant d'une hémicolectomie droite pratiquée pour une bacillose iléo-cœcale présentant la forme scléro-lipomateuse macroscopiquement.

Nous avons insisté sur les points suivants :

I. — En ouvrant l'intestin, nous avons eu la surprise de constater, outre une ulcération et de nombreux papillomes, une multitude de trichocéphales, dont beaucoup étaient encore implantés sur la muqueuse. M. Tavernier a présenté la même année un cas superposable (typhlite aiguë à trichocéphales. Résection du côlon droit. *Lyon Méd.*, février 1924). On peut estimer que la présence de ces parasites joue un certain rôle dans la pathogénie et la localisation des lésions de la muqueuse intestinale.

II. — Contrairement à l'opinion classique, l'intervention a été pratiquée en deux temps, après une anastomose iléo-transverse préalable, ce procédé nous apparaissant comme une mesure de prudence (cf. *article ci-dessus*).

### DE L'HEMICOLECTOMIE DROITE APRES DERIVATION INTERNE

(*Soc. Sc. Méd.*, 20 mai 1925 ; in *Lyon Méd.*, 25 oct. 1925)

Il reste encore classique depuis les travaux de Jaboulay, Cavaillon, puis d'Ockinczyc, d'opposer le côlon droit au côlon gauche, à propos des exérèses et l'hémicolectomie droite en un temps est toujours préconisée. Cependant, la notion qu'au niveau du côlon gauche seulement

on trouve des tumeurs infectées ou sténosantes est trop absolue. L'observation que nous publions en est une preuve.

Nous pensons qu'il est plus prudent d'établir une dérivation interne par anastomose iléo-transverse latérale qui sera suivie secondairement de l'ablation côlique. Depuis qu'il emploie systématiquement cette technique, notre Maître, M. Delore, a vu diminuer les morts post-opératoires par cellulite et sa statistique portant sur une trentaine de cas n'accuse plus que 16 % de mortalité au lieu de 26 %.

**EXTIRPATION ABDOMINO-TRANSANALE D'UN CANCER RECTO-SIGMOIDIEN LIPOME DE LA GAINE DES VAISSEAUX FEMORAUX RESULTAT ELOIGNE DATANT DE ONZE MOIS**

(*Soc. Sc. Méd.*, 22 mai 1929 ; in *Lyon Méd.*, 29 sept. 1929)

Présentation d'une très belle pièce que nous avons enlevée nous-même en utilisant le procédé préconisé par notre Maître, M. le Professeur Villard, et exposé dans la thèse de Ricard (*Th. Lyon*, 1924, « L'extirpation abdomino-transanale »). Il s'agissait d'un néoplasme du haut rectum très volumineux, du volume du poing, et qui fut enlevé très largement (examen histologique = épithélioma typique du gros intestin). La malade, âgée de 65 ans, souffrait depuis 8 mois et présentait un amaigrissement considérable : nous avons pu, cependant, en un seul temps, non seulement après hytérectomie préalable, la débarrasser de sa tumeur rectale, mais encore lui enlever un volumineux « pseudo-lipome » de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Nous avons suivi de près cette malade : elle eut tout d'abord un résultat parfait avec contraction sphinctérienne conservée et continence absolue. Depuis (revue au 11e mois après l'intervention), ce résultat ne s'est pas conservé, l'opérée ayant présenté un rétrécissement cicatriciel de l'anus que nous attribuons en partie à l'élimination d'un fragment muqueux sphacélique au huitième jour après l'intervention et qui nécessita une dilatation anale.

(Depuis cette présentation, nous avons revu cette malade en mars 1930 : elle n'a toujours aucune récidive, les troubles de la défécation sont les mêmes et ont légitimé une nouvelle séance de dilatation anale).

# FOIE - PANCRÉAS

## ABCES DU FOIE ROMPU SPONTANEMENT — PERITONITE GUERISON PAR L'INTERVENTION SUIVIE D'UN TRAITEMENT A L'EMETINE ET A L'ARSENIC

(*Société Sciences Médicales*, 10 déc. 1924 ; in *Lyon Médical*, 15 mars 1925)

Présentation d'un cas d'abcès du foie opéré en pleine péritonite après rupture en péritoine libre et ayant simulé une péritonite appendiculaire.

Succès de cette thérapeutique avec un traitement médical intensif associé (chaque jour : 10 centigrammes d'émétine dans la poche de l'abcès ; 4 centigrammes émétine en injection ; 0,15 cgr. stovarsol par la bouche).

## AU SUJET D'UN CAS AUTOCHTONE D'ABCES DYSENTERIQUE DU FOIE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 10 juin 1925 ; in *Lyon Méd.*, 29 nov. 1925)

L'intérêt de cette observation réside dans les points suivants :

I. — Le malade présenté n'a jamais quitté la France, sa dysenterie est autochtone.

II. — Le diagnostic fut difficile, un examen des selles pratiqué en 1923 ayant été négatif et, au contraire, une hémoculture ayant révélé un bacille paratyphique.

Seuls la présence d'amibes dans le pus de l'abcès et le succès du traitement d'épreuve à l'émétine ont pu affirmer l'étiologie de cet abcès. Nous devons d'ailleurs, à ce sujet, signaler l'extrême rareté des amibes dans l'abcès dont le pus est ordinairement stérile.

III. — Enfin, ce dysentérique a fait successivement deux abcès du foie indépendants et de localisation différente. Le premier abcès ne fut traité alors que le diagnostic exact n'était pas encore fait, que par un simple drainage. Il semble bien qu'alors un traitement médical associé aurait sans doute évité la production du deuxième abcès.

## SYNDROME DOULOUREUX DE CHOLECYSTITE CHRONIQUE « VESICULE FRAISE » A L'INTERVENTION CHOLECYSTECTOMIE — GUERISON

(*Soc. Sc. Méd.*, 15 février 1928 ; in *Lyon Méd.*, 15 juillet 1928)

Cette malade, qui, depuis l'âge de 18 ans, présentait le tableau clinique bien connu d'une cholécystite chronique avec symptomatologie d'abord gastrique, puis avec crises douloureuses aiguës s'irradiant nettement dans le bras et l'épaule droite, ne présentait pas de cholécystite lithiasique. L'ablation seule d'une « vésicule fraise » fut suivie de la disparition de ce syndrome douloureux.

C'est surtout par suite pour signaler les symptômes cliniques que présentait cette malade, que nous rapportons les détails de cette observation. Nous rappelons brièvement que, depuis les travaux de Gosset, Lœvi et Magrou, sur cette question, d'autres auteurs ont rapporté des observations analogues. Ce sont MM. Lecène et Moulonguet, dans un article paru en 1926 dans la *Presse Médicale ;* MM. Chiray et Pavel, dans leur traité sur la vésicule biliaire ; M. Georges Labey, en 1924, à la Société de Chirurgie de Paris. Enfin, tout dernièrement, M. Delore présentait, à la Société de Chirurgie de Lyon (séance du 23 janvier 1928), une observation de « vésicule fraise » analogue à celle que nous avons présentée.

## A PROPOS D'UN VESICULE « FRAISE » — PRESENTATION DE PIECE

(*Soc. Sc. Méd.*, 6 juin 1928 ; in *Lyon Méd.*, 9 déc. 1928)

Présentation d'un autre cas de « vésicule fraise » typique enlevée par cholécystectomie alors que l'on s'attendait à trouver une vésicule lithiasique. Un ictère net dans les antécédents de l'opérée permet toutefois de penser, en ce cas, qu'une évacuation lithiasique a pu se produire spontanément.

**PSEUDO-KYSTE DU PANCREAS — FISTULE POST-OPERATOIRE REMARQUES THERAPEUTIQUES**

(In *Lyon Méd.*, 7 oct. 1928, p. 424)

Observation d'un pseudo-kyste du pancréas incisé avec fistule post-opératoire ayant permis l'étude physiologique signalée au chapitre correspondant. En dehors de cette considération, notre observation permet d'autres remarques d'ordre clinique et thérapeutique :

Tout d'abord, elle pose un problème étiologique : nous ne pensons pas que le traumatisme, dû à l'opération césarienne, ayant eu lieu un an avant, soit en cause. Nous croyons plutôt que cette malade a présenté, dans les suites de couches, une pancréatite aiguë hémorragique, qui fut la cause des accidents ayant abouti à la fistule pancréatique.

Enfin, nous avons obtenu la guérison de cette fistule pancréatique importante, qui durait depuis un mois et demi et s'accompagnait d'une forte dénutrition, par un simple régime antidiabétique et l'expectative.

Récemment, de nombreuses interventions chirurgicales ont, en effet, été proposées pour les fistules pancréatiques : c'est ainsi que Hammersfahr, Kehr ont pratiqué des abouchements dans la vésicule ; Weir, Kleinerschmidt, Mardier, dans le grêle, et Doyen, Michon, Guttierez, Courboulès ont surtout fait avec succès des pancréatico-gastrostomies. Or, il ne faudrait pas, à notre avis, s'empresser d'opérer toutes les fistules pancréatiques sérieuses.

Celle que nous rapportons paraissait bien être importante et canaliculaire, puisqu'elle s'était accompagnée, quelques jours, d'une fistule biliaire, puisqu'elle donnait près de 200 grammes de liquide par jour chez une toute jeune femme de 15 ans et s'accompagnait d'une forte dénutrition. Or, le régime de Wohlgemuth, avec suppression des hydrocarbonés et l'emploi des alcalins, permit sa guérison en une semaine et demie.

Nous estimons donc que l'importance de la fistule ne constitue pas une indication chirurgicale *à priori*. Seuls les échecs renouvelés des thérapeutiques médicales et surtout du régime antidiabétique et les cas vraiment rebelles ayant résisté à l'épreuve du temps, de nombreux mois, nous paraissent justiciables ainsi que l'ont préconisé récemment Courboulès, puis Sénèque, d'une pancréatico-gastrostomie (cf. Mocquot et Costantini, *Rev. de Chir.*, 1923. — Courboulès, *Rev. de Chir.*, 1926. — Sénèque, *Presse Méd.*, nov. 1926).

# GYNÉCOLOGIE

Nous avons divisé ce chapitre important de notre exposé de titres en deux parties :

*Chapitre I.* — Nous avons rassemblé ici nos travaux divers concernant la chirurgie conservatrice et restauratrice en gynécologie.

*Chapitre II.* — Dans ce chapitre se trouvent nos autres publications classées selon l'affection de l'organe, présenté : malformations congénitales, fibromes utérins, kystes de l'ovaire, etc.

## CHAPITRE PREMIER

### DES OPERATIONS CONSERVATRICES DANS LES ANNEXITES BILATERALES

Statistique inédite (112 cas) — Résultats éloignés
Indications opératoires

(*Thèse de Doctorat Lyon*, 1926, 187 p., Imprimerie Bosc et Riou, 42, q. Gailleton)

Notre thèse constitue un travail important sur la mise au point actuelle de la chirurgie conservatrice dans les annexites : elle est basée sur un travail statistique des annexites opérées à la Clinique gynécologique de Lyon, dont les résultats ont, par ailleurs, été également communiqués au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de 1927.

Dans un rappel historique détaillé de la chirurgie des annexites, nous avons montré que la chirurgie conservatrice apparue du fait même des excès de la castration à outrance avait connu l'enthousiasme puis semblait avoir abouti à des abus, ce qui la conduisait actuellement à une troisième phase de mise au point dans laquelle les nouvelles méthodes d'exploration tubaire venaient au secours de la clinique en même temps que se multipliaient les détails d'une technique opératoire plus délicate et plus précise.

Notre travail comporte ensuite 3 chapitres, dont nous ne donnerons ici que les titres :

Chapitre premier. — *Exposé des différentes interventions conservatrices et de leurs indications particulières.*

A. — *Interventions permettant la fécondation :*

I. — *Sur les ovaires :* l'ignipuncture.
la résection,
l'énucléation,
l'ablation.

II. — *Sur les trompes :* salpingolysis,
cathétérisme, aspiration tubaire,
salpingostomies,
salpingoplasties,
réimplantation tubaire,
salpingectomies.

B. — *Interventions ménageant la sécrétion interne des glandes génitales.*

I. — *Permettant la menstruation :*
la salpingectomie double,
l'hystérectomie fundique,
l'hystérectomie subtotale haute (avec conservation d'un ovaire ou d'un fragment ovarien).

II. — *Supprimant la menstruation :*
conservation de l'ovaire seul,
conservation de l'utérus seul.

C. — *Les greffes ovariennes :*
(Hétérogreffe, homogreffe).
Greffe à proximité des organes génitaux.
Greffe à distance.
Transplantation intrautérine de l'ovaire.

D. — *Les opérations complexes ou complémentaires.*
Appendicectomie, myomectomie, ligamentopexie associées.

Enfin, nous terminons ce premier chapitre par l'exposé des méthodes nouvelles d'exploration de la perméabilité tubaire (pneumopéritoine, insufflation tubaire et surtout injections intra-utérine de lipiodol qui, en 1926, n'avaient pas encore pris en France l'importance qu'elles ont aujourd'hui : notre thèse présente, à ce sujet, des clichés que nous devons à M. le Professeur agrégé Cotte).

CHAPITRE DEUXIÈME. — *Les observations.*

Ce chapitre constitue la partie la plus originale de notre thèse : nous rapportons 112 observations inédites d'opérations conservatrices pour annexites bilatérales et pratiquées soit par notre Maître, M. le Professeur Villard, soit par nous-même.

A. — Interventions conservatrices ménageant la fécondation (obs. de 1 à 82).

B. — Interventions conservatrices ne ménageant que la menstruation ou la sécrétion interne.

C. — Analyse de nos observations et de nos résultats.

Le tableau synoptique suivant permet de se rendre compte de la diversité des interventions conservatrices ou restauratrices que nous avons pratiquées.

CHAPITRE TROISIÈME. — *Les indications.*

Nous envisageons successivement :

I. — Le traitement médical et ses indications.

## TABLEAU SYNOPTIQUE DES

### CONSERVATRICES

### A. OPÉRATIONS MÉNAGEANT LA FÉCONDATION.

Salpingolysis double.

Salpingolysis d'un côté + drainage d'une ovarite suppurée de l'autre.

Salpingolysis + Salpingostomie.

Salpingostomie double.

Réimplantation tubaire + Salpingolysis.

Résection tubaire double.

Conservation ovarienne d'un côté et conservation tubaire de l'autre :
Opération croisée.

Castration unilatérale + Salpingolysyis.

Castration unilatérale + dégagement du pavillon.

Castration unilatérale + Salpingostomie.

Castration unilatérale + résection de l'ovaire

## PRINCIPALES INTERVENTIONS
## PRATIQUÉES

### *B.* OPÉRATIONS NE PERMETTANT PLUS LA FÉCONDATION.

**1° Avec Menstruation.**

Conservation de l'utérus et des 2 ovaires. Salpingectomie double.

Conservation de l'utérus et d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire.



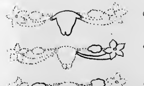
Hystérectomie fundique.

Hystérectomie subtotale haute.

Conservation de l'utérus seul avec greffe ovarienne dans l'épiploon.

**2° Sans Menstruation.**

Conservation de l'utérus seul.



Conservation de l'ovaire et de la trompe seuls.

Conservation des 2 ovaires seuls.

Conservation d'un fragment d'ovaire seul.

II. — La castration totale, ses avantages et ses inconvénients.

III. — Les indications de la chirurgie conservatrice :

*a*) Dans quelles conditions faut-il intervenir ?

*b*) L'intervention est décidée. Faut-il pratiquer une opération conservatrice ?

Considérations d'ordre général.

Considérations d'ordre local.

Une abondante bibliographie termine notre travail.

De cette étude se dégagent les principales conclusions suivantes :

L'*analyse de* 112 *observations* conservatrices pratiquées à la Clinique gynécologique de Lyon par le Professeur Villard et ses élèves pour des annexites bilatérales nous a donné les résultats suivants :

*a*) Gravité opératoire : des plus minimes (1 décès post-opératoire sur 112 cas).

*b*) Santé générale : sur les 112 cas, 100 opérées, dans un délai relativement court, ont pu reprendre une vie normale, se déclarer guéries et travailler régulièrement (85 % de ces femmes étant obligées de travailler pour vivre). Nous notons, d'autre part, 11 échecs, dont 1 décès dû à une appendicite aiguë concomitante, 3 cas ayant nécessité une hystérectomie consécutive et 7 mauvais résultats dans lesquels les opérées ont continué à souffrir ou à présenter des troubles divers (métrite, métrorragies).

*c*) Fécondation : notre statistique à ce sujet porte sur 81 observations, qui se détaillent ainsi : 10 cas de castration unilatérale avec intervention sur l'ovaire opposé, 3 cas d'évacuation de pus par aspiration intra-tubaire du côté conservé, 25 castrations unilatérales avec salpingolysis de l'autre annexe, 15 cas de castration unilatérale avec restauration du pavillon tubaire, 20 cas de salpingostomie avec castration unilatérale, 2 salpingostomies doubles, 2 amputations et 1 réimplantation tubaire, 2 opérations croisées et enfin 2 opérations complexes avec myomectomie. Sur ces 81 observations, nous avons noté 6 *grossesses certaines* et 3 douteuses.

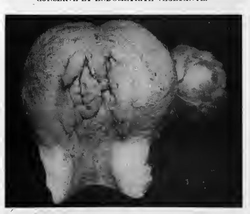
*d*) Menstruation et sécrétion interne : nous enregistrons à ce sujet :

1° *Conservation de l'utérus et de l'ovaire en totalité ou partiellement :* 19 cas, dont 14 pour conservation de l'utérus avec ovaire ou fragment d'ovaire restant, 2 hystérectomies fundiques, 2 hystérectomies subtotales hautes et 2 greffes ovariennes intra-épiploïques. Dans 16 observations, la menstruation est demeurée normale et il n'y a pas eu de troubles de la ménopause. Il y a eu échec dans 3 cas.

(Un de ces échecs nous a été des plus instructifs : ayant dû réopérer la malade nous avons obtenu la pièce dont nous reproduisons ici le cliché. La dégénérescence ovarienne post-opératoire que nous avons observée nous paraît liée à des troubles vasculaires ou nerveux secondaires de l'ovaire conservé et nous a engagé à décrire une technique de salpingectomie plus délicate (cf. « De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse »).

## ÉCHEC D'INTERVENTION CONSERVATRICE.

LÉSIONS TYPIQUES AVEC DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DE L'OVAIRE CONSERVÉ ET ENDOMÉTRITE VEGÉTANTE.



Mme F... — Obs. n° 86 : conservation de l'utérus et de l'ovaire seul. Hystérectomie 5 ans plus tard pour métrorragies graves.

2° *Conservation de l'utérus seul :* sur 9 cas, nous notons 8 bons

résultats avec troubles de ménopause chirurgicale insignifiants et conservation du sens génésique normal ; 2 opérées présentent une menstruation régulière inattendue.

Les *indications opératoires* dans les *lésions infectieuses bilatérales des annexes* doivent être précisées ainsi :

Toujours conserver *le maximum de fonction* en considérant qu'il s'agit de lésions *inflammatoires* susceptibles de régression.

Ne pratiquer, dans aucun cas, d'*ablations préventives* telles par exemple que l'ablation d'une trompe encore perméable par crainte de sa fermeture ultérieure.

On s'efforcera *successivement* et *régressivement :*

1° De ménager ou de rétablir la fonction de reproduction ;

2° De conserver la menstruation ;

3° De conserver tout ou partie seulement de l'utérus, les troubles subjectifs et fonctionnels étant en rapport direct avec l'étendue de la conservation.

Lorsqu'en présence des lésions on devra « battre en retraite », il faudra le faire par *échelons successifs* aussi rapprochés que possible.

### DE LA CONSERVATION DE L'UTERUS SEUL

(In *Gynécologie et Obstétrique,* avril 1927)

Lorsque les lésions annexielles sont telles que la conservation de la fécondation ne peut plus être envisagée, chez une femme jeune, le chirurgien doit tenter de ménager si possible la sécrétion interne qui permet d'éviter les troubles de ménopause post-chirurgicale. A ce sujet, la conservation de la menstruation apparaît essentielle. Actuellement, l'ovaire laissé seul in situ après hystérectomie est déclaré procédé « dangereux et inutile » ; de même, la conservation de l'utérus seul, la vieille intervention de Lawson Tait, n'a plus qu'une valeur historique. Rouffart a écrit en 1922 : « Matrice sans ovaire et ovaire sans matrice n'apportent à l'opérée aucun bénéfice au point de vue de la santé générale, et peuvent devenir une cause de douleurs et d'opérations secondaires ». Et les rapporteurs du Congrès de Gynécologie 1927 déclarent : « En

cas de lésions annexielles doubles, nous complétons l'opération de Lawson Tait par l'hystérectomie, supprimant ainsi un organe désormais inutile et souvent dangereux ».

Si ces critiques sévères nous paraissent justifiées en ce qui concerne la conservation de l'ovaire seul, nous estimons, par contre, que la conservation de l'utérus seul ne mérite pas un tel discrédit. Et le problème se pose ainsi : en présence d'une femme jeune, l'état local exigeant le sacrifice des annexes tout en permettant ce choix, vaut-il mieux pratiquer une hystérectomie ou conserver l'utérus seul ? On ne saurait, en effet, oublier que l'opération de Lawson Tait marque la toute première étape de la chirurgie des annexites, et que, sans doute, la technique et l'asepsie modernes permettent peut-être de revenir sur cet abandon.

Nous publions à ce sujet 11 observations inédites, provenant de la Clinique gynécologique, qui nous ont donné 10 excellents résultats, dont 4 avec persistance de la menstruation.

### I. — Comment expliquer la menstruation persistante ?

a) *L'existence d'ovaires supplémentaires.* — C'est évidemment là une éventualité possible. Néanmoins, elle est fort rare. Mlle Eisenberg-Paperin n'a pas rencontré d'ovaires accessoires sur 100 dissections pratiquées dans ce but.

b) *La persistance de débris ovariens.* — Cette explication apparaît comme beaucoup plus satisfaisante. On sait qu'au cours des interventions pour annexites, les manœuvres de décollement laissent facilement des débris de tissus ovariens adhérents au péritoine : la face postérieure du ligament large, la gouttière latérale du Douglas sont les endroits où restent le plus souvent ces fragments de parenchyme ; dans d'autres cas, c'est dans le ligament infundibulo-pelvien, lorsqu'on le pince et qu'on le sectionne au contact de l'ovaire, que le débris de tissu ovarien est conservé.

Or, on sait la puissance de régénération que peut présenter un débris d'ovaire. Expérimentalement, on a constaté chez la lapine qu'au bout de 4 à 5 ans, un ovaire à moitié réséqué avait récupéré sa forme et sa structure (Pugnat). Nous avons personnellement le souvenir de plu-

sieurs cas dans lesquels la conservation d'un minime lambeau de coque ovarienne a permis la persistance de règles tout à fait normales.

Cette persistance des débris ovariens nous paraît devoir expliquer le plus grand nombre des faits.

c) *Possibilité de menstruation sans ovaire.* — Dans les cas où il fut impossible de découvrir la moindre trace de tissu ovarien, certains auteurs ont admis la possibilité d'une menstruation sans ovaire. C'est l'avis de Pozzi, de Richelot, de Delbet.

Il est certain qu'étant donnée l'imprécision dans laquelle on est sur les causes de la menstruation, on ne peut pas s'appuyer sur des arguments solides.

Mais il ne nous paraît pas impossible que sous l'influence d'excitations anciennes, le système nerveux de la vie végétative puisse reproduire des actes comme la congestion périodique de l'utérus. Les cas d'hémorragie périodique complémentaire (nasale, rectale, etc.) chez les castrées sont assez fréquemment observés.

D'autre part, même en admettant que la menstruation est conditionnée par l'ovaire, ce qui est indubitable, il n'est pas impossible d'admettre qu'en l'absence de cette glande, une suppléance puisse s'établir, grâce à l'activité d'une autre glande endocrine.

II. — *Absence de troubles de ménopause post-chirurgicale.*

Sur les 11 observations que nous présentons, une seule opérée a présenté des troubles de ménopause importants. Par contre, tous nos autres cas sont nettement favorables. Certaines opérées, et de date ancienne, n'ont jamais accusé le moindre trouble (3 observations), et les autres ont eu au maximum quelques bouffées de chaleur transitoires insignifiantes, qui ne les ont jamais incommodées et que seul notre interrogatoire, en insistant, a pu mettre en relief.

Nous enregistrons ces résultats sans les expliquer : sans doute on peut invoquer une sécrétion interne utérine, mais la glande endométriale est fort discutée ; peut-être aussi les poussées congestives utérines accusées par les variations transitoires de volume que nous avons signalées, sans aller jusqu'à provoquer de menstruation vraie, sont-elles néanmoins suffisantes pour permettre l'absence des troubles de ménopause.

Nous signalons ces faits constatés sans vouloir conclure, mais le résultat nous semble acquis : la jeune femme dont on a conservé l'utérus seul, même sans menstruation, ne présente pas de gros troubles de ménopause, elle se trouve dans un équilibre physiologique et psychique bien supérieur à l'hystérectomie.

III. — *Sens génésique.*

Il est très difficile de pouvoir être renseigné avec exactitude sur ce sujet, et pourtant c'est un aspect de la question qui n'est pas négligeable.

L'interrogatoire est souvent délicat et les réponses obtenues sont sujettes à caution.

Après la castration, ni le désir ni la satisfaction génitale ne sont en général profondément modifiés. Après une période passagère d'exaltation, tout rentre le plus souvent dans la normale.

Toutefois, autant qu'une enquête discrète puisse nous permettre d'émettre une opinion, il nous semble que les résultats obtenus par la conservation de l'utérus seul soient dans l'ensemble très satisfaisants, et supérieurs à ceux qui suivent la castration, en ce sens que nous n'avons observé aucun trouble soit d'hyper-, soit d'hypo-fonctionnement du sens génital.

IV. — *Enfin, la conservation de l'utérus seul respecte la statique des organes pelviens.*

Les ligaments ronds sont conservés, le ligament large peut être reconstitué, le vagin est maintenu dans son intégrité, enfin le système nerveux sympathique pelvien n'est pas intéressé.

Tous ces avantages comparés à ceux de l'hystérectomie ne nous paraissent donc pas mériter le discrédit porté sur la conservation de l'utérus seul. Aussi, nous estimons que la conservation de l'utérus seul peut garder dans la chirurgie conservatrice des annexites les indications suivantes :

1° La femme *doit être jeune* pour pouvoir bénéficier des différents avantages de cette conservation que nous avons discutés plus haut.

2° *Les lésions annexielles doivent nécessiter l'ablation des deux trompes et des deux ovaires,* car il est certain qu'une conservation ova-

rienne totale ou partielle donne plus de garantie au point de vue de la conservation de la menstruation et doit être préférée.

3° *L'utérus doit être macroscopiquement et relativement sain.* Un toucher avant l'opération a soigneusement noté l'état du col. S'il est déchiqueté, très ulcéré, très infecté, sa conservation est évidemment discutable.

Au cours de l'intervention, d'autre part, la présence d'un fibrome utérin, d'un adénomyome de la corne se surajoutant aux lésions annexielles, doit imposer aussi l'hystérectomie.

Quant à l'utérus métritique, caractérisé par une augmentation de volume, un aspect congestif et une modification de consistance, il doit de préférence être enlevé, les avantages hypothétiques de la conservation ne compensant pas les ennuis de la persistance d'un foyer infectieux. Toutefois, lorsque les lésions sont peu accusées, nous nous demandons si fréquemment la métrite ne guérit pas spontanément, comme la cystite après l'ablation du rein malade.

## DES INDICATIONS OPERATOIRES DANS LES « ADENOMYOMES » DES CORNES UTERINES

(In *Bull. Société Obst. et Gyn.*, n° 7, juillet 1927.)

L'étude anatomique et pathogénique de ces « nodosités » des cornes utérines a fait l'objet de nombreuses publications, principalement à l'étranger : nous nous bornons à signaler les travaux français qui en donnent une étude anatomique et clinique complète (Jayle et Cohn, *in Revue de Gyn.*, 1901, p. 381 ; Caraven et Merle, *in Revue de Gyn. Abd.*, 1913, p. 307 ; Auvray, *in Arch. mensuelles d'Obst. et Gyn.*, 1912 ; enfin la thèse d'Apostolidès, *Th. Lyon*, 1921).

Mais le but de notre article est d'en préciser les indications opératoires. Lorsqu'un adénomyome net est rencontré au cours d'une laparotomie, que faut-il faire ? En fait, le problème se pose dans des conditions fort variables selon que « l'adénomyome » existe à l'état isolé ou non et nous rapportons à ce sujet 4 observations inédites provenant de la Clinique gynécologique de Lyon.

### I. — Il existe de grosses lésions associées. — L'adénomyome n'est qu'un « épiphénomène »

C'est le cas le plus fréquent, l'adénomyome passe au second plan.

Ce sont les lésions utérines ou annexielles qui dictent la conduite à tenir. La constatation de l'adénomyome surajouté ne saurait qu'entraîner vers un acte radical dans les cas « limite » où une hésitation conservatrice pourrait avoir lieu.

II. — L'adénomyome de la corne utérine constitue la seule affection
Pas ou très peu de lésions associées

La scène est toute différente : il s'agit d'une femme qui réclame une intervention pour stérilité ou qui se plaint de dysménorrhée douloureuse rebelle. Ce sont l'intensité des signes fonctionnels, l'échec de traitements antérieurs, parfois un examen au lipiodol affirmant l'imperméabilité tubaire qui constituent l'indication opératoire.

La laparotomie pratiquée, 2 cas peuvent se présenter :

a) *Il s'agit d'un cas unilatéral.* — L'autre annexe est absolument saine. On peut alors envisager une castration unilatérale avec amputation cunéiforme de la corne utérine et qui ménagera néanmoins tout l'avenir génital de l'opérée.

b) *Il s'agit d'un cas bilatéral ou bien l'annexe de l'autre côté est compromise.* — Sans doute, on a dit que souvent il s'agissait de lésions inflammatoires et par suite régressibles. Cependant, lorsque les adénomyomes sont des plus nets, s'accompagnant d'imperméabilité tubaire certaine, et occasionnant de vives douleurs menstruelles chez une femme jeune, nous estimons prudent et très logique d'envisager néanmoins une intervention conservatrice : résection en coin de l'adénomyome et du tissu voisin de la corne utérine, suivie d'une *réimplantation tubaire*, et nous publions à ce sujet une observation caractéristique.

## DE LA SALPINGECTOMIE RETROGRADE SOUS-SEREUSE EXPOSE TECHNIQUE

(In *Gyn. et Obst.*, n° 4, avril 1927.)

(Au chapitre « Anatomie », nous avons déjà publié les données anatomiques concernant l'irrigation de l'ovaire et sur lesquelles est basée l'intervention que nous proposons.)

La salpingectomie rétrograde sous-séreuse a, en effet, pour but de ménager au maximum la vascularisation de l'ovaire et la constitution

du ligament large tout en pratiquant l'ablation de la trompe malade. Lorsqu'après laparotomie, le chirurgien fait l'inventaire des lésions, l'affection tubaire peut être telle qu'une intervention locale restauratrice (salpingolysis, salpingostomie, réimplantation tubaire) apparaisse impossible et que l'ablation de la trompe s'impose. En ce cas, l'ovaire correspondant peut être jugé sain et être conservé, soit dans le but très rare de permettre encore une fécondation (opération croisée, trompe saine d'un côté, ovaire sain de l'autre), soit bien plus souvent dans le but de conserver la menstruation. Or, afin d'éviter la dégénérescence secondaire possible de cet ovaire conservé, nous proposons notre procédé :

La salpingectomie rétrograde sous-séreuse, léger abus de langage, puisque la trompe n'est pas sous-péritonéale dans sa partie toute terminale et puisque, théoriquement, seule la demi-circonférence inférieure du conduit tubaire est énuclée du lit séreux ligamentaire.

*Technique de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse.*

L'intervention consiste dans les différents temps suivants que nous schématisons :

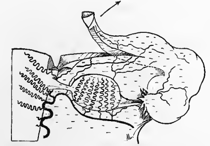


FIG. 2. — Décollement méthodique et rétrograde de la trompe

1° Entaille cunéiforme de la corne utérine libérant la portion tubaire interstitielle qui est amarrée avec une petite pince de Museux et

relevée en haut. Ligature au besoin d'une petite artère de la corne utérine à peu près constante.

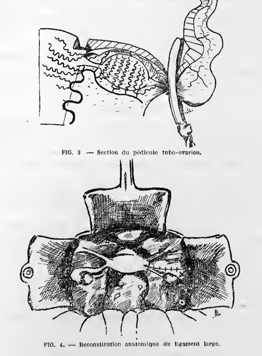


FIG. 3 — Section du pédicule tubo-ovarien.

FIG. 4. — Reconstitution anatomique du ligament large.

2° Temps essentiel : deux incisions parallèles uniquement péritonéales sont tracées sur les bords antérieur et postérieur de la trompe jusqu'à hauteur de l'ampoule (Cf. Fig. n° 2).

3° Décollement méthodique et rétrograde permettant de cliver en

haut la trompe progressivement dégagée du méso-salpinx en pinçant une ou deux petites artérioles ascendantes venues de l'arcade tubo-varienne.

4° A partir de l'ampoule la trompe devenant intra-péritonéale au niveau du pavillon, section du pédicule tubo-ovarien étiré et pris en masse, permettant ainsi de « cueillir la trompe entièrement dégagée » (Cf. Fig. n° 3).

5° Temps complémentaire :

*a*) Fermeture de la brèche utérine par un petit point en U au catgut ;

*b*) Reconstitution du ligament large par suture des deux faces du méso-salpinx conservé par un petit surjet (Cf. Fig. n° 4).

*Les indications*

Ainsi cette technique basée sur des données anatomiques et physiologiques apparaît simple et rationnelle. La salpingectomie rétrograde sous-séreuse ménage l'arcade tubo-ovarienne, permet l'enfouissement des moignons de ligature et la reconstitution parfaite du ligament large : elle laisse l'ovaire dans une situation anatomique normale avec son irrigation complète, enfin elle ne compromet pas la statique utérine.

En chirurgie conservatrice des annexes, ses principales indications sont les suivantes :

1° *Conservation ovarienne en vue de maintenir la menstruation.* — Lorsqu'après inventaire des lésions pelviennes le chirurgien garde l'espoir de maintenir la menstruation, la conservation ovarienne totale ou partielle étant envisagée, l'ablation tubaire doit être pratiquée, à notre avis, par une salpingecomie rétrograde sous-séreuse. En effet, sans même vouloir revenir sur les avantages précédemment énoncés, combien ce procédé nous apparaît moins traumatisant que la salpingectomie habituelle. Les manœuvres brutales qui consistent dans l'arrachement préalable des annexes adhérentes n'existent plus. La trompe est dégagée de proche en proche et l'ovaire, s'il apparaît conservable, garde alors toute son irrigation intacte sans être traumatisé.

2° *Facilité de libération et d'ablation de certaines salpingites adhérentes.* — La salpingectomie rétrograde sous-séreuse nous est apparue également recommandable dans certaines salpingites difficilement libé-

rables. C'est le cas par exemple d'une annexite bilatérale basse plongeant dans le Douglas et fortement adhérente. Le procédé habituel consiste alors dans une extériorisation préalable des trompes : cette manœuvre est souvent pénible, brutale, risquant de blesser une anse intestinale ou de faire éclater la trompe et de répandre ainsi son contenu purulent dans le pelvis. Le procédé que nous proposons est alors très utile dans ces sortes d'interventions : en partant du fond utérin, repère toujours précis, il permet une libération tubaire progressive et un étalement des lésions annexielles de dedans en dehors, présentant en somme des avantages analogues à l'hémi-section utérine de J.-L. Faure. Son exécution même en ces cas est souvent d'une facilité anormale, surprenante. La libération de la trompe par cette technique permet, en outre, une découverte prudente et non traumatisante d'un ovaire sous-jacent conservable peut-être, et alors avec toutes les chances de non dégénérescence.

(Les résultats et les indications de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse ont depuis été exposés dans la thèse de notre élève F. Baroni. *Th. Lyon,* 1928.)

## DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES CONSERVATRICES DANS LA GROSSESSE TUBAIRE

(Article in *Lyon Médical,* 17 avril 1927.)

La laparotomie demeure le seul traitement de la grossesse tubaire : elle seule est rationnelle permettant d'agir directement sur la trompe lésée. Sans doute, lorsqu'il s'agit d'inondation péritonéale, l'extirpation de la trompe gravide seule est à proposer, car il faut avant tout, par une opération rapide, sauver la malade. Par contre, lorsque cette notion de gravité et d'urgence est moins nette, il nous semble qu'une intervention conservatrice peut être envisagée : la trompe gravide est victime d'un accident, elle n'est pas toujours irrémédiablement perdue ; il est parfois possible de la conserver, et, en ce cas, un bilan exact des lésions pelviennes permet de préciser plus exactement la conduite à tenir. Les considérations d'ordre général sont, d'autre part, importantes : la tendance conservatrice est évidemment plus accusée en présence d'une

femme jeune déclarant désirer vivement une grossesse, tandis qu'en présence d'une femme relativement âgée et mère de plusieurs enfants, le problème thérapeutique est bien plus simple.

En principe donc et *lorsque cette chirurgie est indiquée et possible,* on peut intervenir de la façon suivante :

S'il s'agit d'un avortement abdominal fait, la trompe est conservable dans sa totalité après simple évacuation des caillots et vérification de l'hémostase. Si l'œuf est encore dans la trompe, la conduite varie suivant les cas : une trompe très dilatée et fissurée, ou bien une grossesse isthmique ne permettent aucune conservation tubaire ; par contre, en présence d'une grossesse ampullaire, on peut envisager la délivrance artificielle par expression ou par incision tubaire, suivie de reconstitution du pavillon. Quant aux trompes gravides au niveau du tiers moyen, seule la résection partielle permet d'être encore conservateur en ménageant un moignon tubaire.

Enfin, si l'extirpation de la trompe est obligatoire, une conservation ovarienne totale ou partielle, après salpingectomie rétrograde sous-séreuse de préférence, reste à envisager.

*Ces diverses opérations conservatrices prennent tout leur intérêt du fait de la constatation de lésions compromettant la fonction génitale de l'autre annexe,* sur laquelle peuvent d'ailleurs être combinées, s'il est nécessaire, diverses interventions (salpingectomie ou salpingostomie pour trompe fermée...).

Sans doute, les indications de cette chirurgie resteront peut-être restreintes et les résultats fonctionnels éloignés discutables. Toutefois, ainsi précisée, elle ne se heurte, en principe, à aucune objection sérieuse et nous croyons à son avenir, la chirurgie conservatrice des annexes étant à l'ordre du jour.

(Nous publions d'autre part, dans cet article, l'historique de la question et rapportons à ce sujet la statistique de la clinique gynécologique et plus particulièrement 7 observations inédites ménageant la fécondation (2 conservations totales, 2 résections tubaires, 1 résection avec reconstitution du pavillon, 2 délivrances tubaires après incision de la trompe.)

**A PROPOS DE LA GROSSESSE ANGULAIRE**

(Article original in *Lyon Médical*, 9 mai 1926.)

Dans ce travail, après avoir rappelé l'étude anatomique et clinique de la grossesse angulaire, nous avons tout particulièrement insisté sur l'intérêt de son diagnostic différentiel : l'erreur la plus fréquente et la plus importante, puisqu'elle implique l'idée opératoire, consiste à la confondre avec une grossesse ectopique. En effet, signes de grossesse « au ralenti », hémorragies, douleurs possibles, signes discutables au toucher avec perception d'une masse juxta-utérine, parfois rien ne manque pour dire grossesse tubaire et nous rapportons à ce sujet 5 observations caractéristiques (avec une fois le diagnostic exact formulé, 2 fois une intervention qui ne fut qu'une constatation, 2 fois une terminaison par une fausse couche spontanée). Plus rarement, la grossesse angulaire a pu simuler une annexite, un kyste de l'ovaire ou un fibrome de la corne utérine : nous rapportons également des observations inédites concernant ces diagnostics.

Mais le but principal de cet article est d'attirer l'attention sur la fréquence relative de la grossesse angulaire et sur la difficulté et surtout l'intérêt de son diagnostic :

Faut-il opérer une grossesse ectopique qui peut tuer une malade ? Faut-il, au contraire, laisser évoluer une grossesse angulaire qui va bientôt devenir normale ? Ainsi se pose le problème. On voit qu'il n'est pas sans intérêt. En effet, bien que la laparotomie exploratrice soit une intervention anodine à l'heure actuelle, il n'en est pas moins vrai que c'est une manœuvre tout à fait intempestive dans une grossesse angulaire. Si l'on pense à ce diagnostic, l'on doit temporiser, attendre, tout en se tenant prêt à intervenir le cas échéant ; mais ainsi on gagnera, au bout de quelques jours, la certitude. Le temps est un grand redresseur de torts, toutes les fois qu'il s'agit de problèmes dans lesquels la grossesse intervient.

⁂

De ce qui précède, nous voulons conclure :

1° La grossesse angulaire évolue au cours des premières semaines

dans des conditions biologiques et mécaniques défectueuses, d'où la possibilité de l'apparition de symptômes fonctionnels et physiques pouvant simuler une grossesse tubaire.

2° La grossesse angulaire présente une évolution spontanément favorable. Au bout du troisième mois la grossesse devient réellement intra-utérine.

La fausse couche est pourtant possible et relativement fréquente (20 % des cas).

3° Il faut penser à la grossesse angulaire, car on pourra ainsi éviter des laparotomies inutiles, la conduite à tenir dans ce cas étant l'abstention opératoire et la surveillance périodique de la malade.

### RESULTATS DES OPERATIONS RESTAURATRICES DANS LA STERILITE DUE AUX OBLITERATIONS DU PAVILLON TUBAIRE

(*Congrès Gynécologie*, 1927, in *Gyn. et Obst.*, n° 4, 1927.)

Cette communication au Congrès de gynécologie de 1927 est basée sur la statistique des résultats éloignés dans les opérations conservatrices pour annexites bilatérales faite à la Clinique gynécologique de Lyon.

Les salpingolysis ont donné des résultats relativement bons : 10 % de grossesses sur 103 cas revus.

Par contre, nous n'avons relevé qu'un cas de grossesse après 26 salpingostomies revues. Ce mauvais résultat, confirmé pour les salpingostomies par les autres statistiques, nous paraît dû, en partie tout au moins, au fait que bien souvent l'opérateur recherche la néostomie sans tenir compte des connexions tubo-ovariennes et particulièrement de la frange tubo-ovarique, aussi avons-nous proposé à ce sujet une technique opératoire spéciale (Cf. Article original ci-dessous).

### DE LA CONSERVATION DES CONNEXIONS TUBO-OVARIENNES DANS LE TRAITEMENT DES OBLITERATIONS DU PAVILLON TUBAIRE

(In *Paris Médical*, 15 déc. 1928.)

Nous avons déjà, dans le premier chapitre de cet exposé, rappelé les données anatomiques et physiologiques présidant à l'adaptation

tubaire et à la migration de l'ovule, données qui soulignent le rôle de la frange tubo-ovarique.

Aussi après avoir repris l'étude anatomo-pathologique de l'oblitération tubaire et envisagé les moyens thérapeutiques à lui proposer, nous avons insisté, dans cet important travail, sur l'intérêt qu'avait le chirurgien à conserver les connexions tubo-ovarique, soit par salpingolysis seule, soit par une salpingostomie terminale et délicate.

En effet, s'il est possible qu'un ovule tombé dans le cul-de-sac péritonéal puisse être repris par la trompe et fécondé, il est, malgré tout, rationnel de penser que ce mécanisme doit être exceptionnel et il est de beaucoup plus vraisemblable d'admettre que la progression de l'ovule se fait par glissement à la surface de l'ovaire et en cheminant le long des franges tubaires, plus spécialement au niveau de la frange tubo-ovarique. La muqueuse du pavillon est faite pour ce rôle ; sa souplesse, sa finesse, son étalement visent ce mécanisme physiologique, et la salpingostomie, si elle répond à un but théorique, ne réalise que très grossièrement les conditions anatomiques nécessaires. Par contre, la salpingolysis reproduit, incomplètement peut-être, mais reproduit cependant une disposition anatomique beaucoup plus près de la normale, surtout si elle est faite minutieusement, avec prudence et en s'efforçant de reconstituer aussi exactement que possible la situation normale de la trompe.

Ces considérations doivent avoir une conséquence pratique dans la technique de la salpingostomie. L'ouverture de la trompe ne devra pas être faite par une section brutale et la reconstitution grossière d'un pavillon ; les sutures mêmes de la muqueuse au péritoine pariétal devront être autant que possible évitées, car elles déterminent certainement autour d'elles un processus irritatif cause de sclérose, d'adhérences, de perte de souplesse et de rétrécissement de la néostomie. Il faudra, par une observation minutieuse de la trompe, tâcher de découvrir le point qui répondait à l'ostium abdominal, c'est *à ce niveau* que l'incision devra porter, et l'ouverture du pavillon sera faite avec le minimum de traumatisme, *en conservant avec le plus grand soin les connexions ovariennes qui sont certainement de première importance.* La meilleure salpingostomie sera celle qui se rapprochera le plus de la salpingolysis.

De tous ces faits et des diverses considérations concernant les oblitérations du pavillon tubaire, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il ne faut pas, au cours d'une intervention pour infection annexielle aiguë ou subaiguë, se hâter d'enlever les trompes si celles-ci sont encore perméables, car il s'agit de lésions inflammatoires susceptibles de régression et de guérison.

2° La salpingolysis devra être pratiquée de préférence à la salpingostomie toutes les fois que les conditions anatomiques le permettront et que le décollement des franges tubaires sera possible. En cas de lésions inflammatoires encore en évolution, l'assèchement de la trompe par aspiration sera particulièrement utile. Il y aura le plus grand intérêt à conserver au maximum les connexions tubo-ovariques.

3° Lorsque la salpingostomie sera seule réalisable, elle devra se rapprocher autant que possible de la salpingolysis, en s'efforçant de créer la néostomie au niveau de la cicatrice oblitérante du pavillon, et en conservant ou reconstituant une connexion tubo-ovarienne muqueuse.

## RESECTION TUBAIRE TOTALE AVEC IMPLANTATION DIRECTE DU PAVILLON TUBAIRE DANS L'UTERUS

(*Société Sc. méd.*, 13 nov. 1929, in *Lyon Méd.*, 15 déc. 1929.)

Les réimplantations tubaires sont devenues actuellement une intervention bien réglée de la chirurgie conservatrice annexielle. Lors du Congrès de gynécologie 1927, M. Douay, dans son rapport, se montre très favorable à cette intervention dont les résultats heureux s'opposent à ceux de la salpingostomie souvent bien décevants. Sans doute, la conservation du pavillon tubaire et de ses connexions avec l'ovaire explique-t-elle cette différence (Cf. plus haut l'article « De la conservation des connexions tubo-ovariennes dans le traitement des oblitérations tubaires »). Aussi, dans l'observation que nous rapportons, nous avons pensé qu'il importait peu de réséquer plus ou moins de canal tubaire et que seule l'intégrité du pavillon importait. L'importance de la salpingite nodulaire (comme une noix), que nous avons rencontrée,

nous fit, par suite, réséquer entièrement la trompe et réimplanter son pavillon seul.

Pour cela, nous avons utilisé la technique ordinaire de la réimplantation ; l'évidement de la corne utérine dut seulement être un peu plus large afin de permettre l'implantation du pavillon et de réaliser ainsi une véritable « utérostomie ». L'intervention terminée, l'utérus présentait un aspect assez singulier portant ce pavillon accolé comme une « sorte d'oreille », mais la frange tubo-ovarique et la vascularisation de l'ovaire étaient respectées ; de sorte que nous pensons avoir conservé à cette jeune femme encore une possibilité réelle de fécondation.



---

# CHAPITRE II

---

### ENDOMETRIOME SUR CICATRICE DE LAPAROTOMIE POUR GROSSESSE TUBAIRE

(*Société Sc. méd.*, 26 juin 1929, in *Lyon Méd.*, 17 nov. 1929.)

Observation curieuse d'endométriome développé sur une cicatrice de laparotomie pour grossesse tubaire ayant nécessité 5 ans auparavant une castration unilatérale.

Au niveau de la cicatrice existait une petite tumeur du volume d'une noix verte dont la malade souffrait constamment, mais tout particulièrement pendant les périodes menstruelles et qui fut facilement extirpée par une nouvelle laparotomie circonscrivant la tumeur et l'ancienne cicatrice.

La coupe de la tumeur fut significative : il existait de nombreuses petites logettes d'où s'écoulait un liquide brunâtre donnant à la coupe un aspect moucheté très particulier qui nous fit penser alors seulement à un endométriome, ayant eu l'attention attirée sur cette affection par d'autres observations.

*L'examen histopathologique* (Prof. agrégé Martin) fut confirmatif : « Les deux fragments examinés sont de même constitution : ils comportent essentiellement un tissu conjonctif fibroïde cicatriciel avec de nombreux trousseaux de fibres élastiques. Dans ce stroma, on aperçoit des cavités glandulaires bordées par une ou deux assises de cellules cubiques, les cellules les plus superficielles et les plus près de la lumière étant munies de cils vibratils. Tout autour de cette rangée cellulaire, un stroma cytogène incontestable. L'aspect de ces glandes et leur stroma environnant sont tout à fait semblables à ce que l'on voit au niveau des glandes utérines. Il s'agit donc très certainement et sans que le doute soit permis d'un endométriome greffé au niveau d'une cicatrice abdominale.

Nous avons revu depuis cette malade. Elle ne se plaint que d'algies multiples des membres sans rapport avec son intervention. Les douleurs et la tumeur au niveau de la cicatrice ne sont pas réapparues : elle se déclare satisfaite de l'intervention.

Cette observation est intéressante en raison des faits suivants :

1° Le diagnostic exact ne fut envisagé qu'après la coupe de la tumeur excisée. Les douleurs. nettement exagérées pendant les périodes menstruelles, auraient peut-être pu nous y faire penser.

2° La pathogénie de l'affection demeure en partie discutable, d'autant plus que la première intervention subie était une salpingectomie pour accidents de grossesse tubaire. Toutefois, MM. Goullioud et Michon, puis MM. Michon et Comte (Théories pathogéniques de l'adéno-myomatose, *Gyn. et Obst.*, novembre 1926), ont rassemblé plusieurs observations analogues. Il semble bien que seule, malgré tout, la théorie de la greffe de Sampson soit ici à envisager : la résection de la trompe, au niveau de son implantation, pouvant expliquer la brèche utérine nécessaire pour la greffe secondaire pariétale.

## FIBROMATOSE SUR UTERUS BICORNE UNICERVICAL

(*Société Sc. Médicales*, 26 juin 1929, in *Lyon Méd.*, 10 nov. 1929.)

Cette pièce résulte d'une hystérectomie pratiquée chez une femme d'une cinquantaine d'années présentant un fibrome reconnu depuis plusieures années et s'étant accompagné d'hémorragies sérieuses entretenant un état d'anémie grave. Cliniquement, l'examen avait précisé un fibrome à noyaux multiples avec particulièrement un gros noyau sous-péritonéal gauche.

L'hystérectomie nous donna la surprise suivante : il s'agit d'un utérus bicorne unicervical : chaque corne utérine renferme un gros noyau sous-muqueux. L'ensemble pèse 800 grammes : l'utérus gauche fibromateux est du volume d'un gros poing, le droit plus petit du volume d'une mandarine. Le sillon qui les sépare est nettement marqué : la coupe permet de constater l'indépendance relative et la connexion des deux muqueuses utérines au niveau de l'isthme utérin qui paraît très court du fait du développement des masses fibromateuses accusant davantage la malformation congénitale.

Nous avons noté, par ailleurs, dans les antécédents de cette opérée quatre grossesses qui furent suivies de trois avortements spontanés au

troisième mois ; une seule grossesse fut menée jusqu'à terme. Il est vraisemblable que cette lésion fut en partie la cause de ces fausses couches, mais c'est uniquement à titre de curiosité que cette pièce est présentée.



**UTERUS OOUBLE BICORNE AVEC LARGE BRIOE SAGITTALE VESICO-RECTALE — OPERATION CONSERVATRICE**

(*Société Sc. Méd.*, 2 avril 1920.)

Il s'agissait d'une jeune femme ayant présenté uue crise douloureuse abdominale vive avec réaction péritonéale à l'occasion d'une menstruation. Au toucher : on sentait un utérus petit flanqué de 2 masses latérales interprétées à tort comme 2 annexites.

L'intervention précisa qu'il s'agissait en réalité d'une malformation congénitale : utérus double bicorne unicervical, mais les 2 utérus étaient très écartés l'un de l'autre et réunis par une bande de tissu utérin transversal, ce qui expliquait les sensations du toucher. Il existait en outre une bride sagittale vésico-rectale : ce fait est signalé dans 20 % des observations ; mais dans notre cas, cette bride n'était pas qu'un simple reflet péritonéal, très large à son intérieur pénétrait une sorte de diverticule vésical et du côté de l'S iliaque se trouvaient des vaisseaux, de sorte que nous n'avons pas voulu sectionner ce véritable méso.

Enfin un ovaire seul était kystique et gros, correspondant aux douleurs présentées par la malade, si bien que chez cette malade, âgée de 24 ans, nous avons pratiqué une intervention conservatrice : hystérectomie de l'utérus correspondant à l'ovaire pathologique, péritonisation du petit moignon utérin avec la bride séreuse signalée et conservation de l'utérus et des annexes droites paraissant normales.

Nous avons pu, d'autre part, pendant l'intervention même, vérifier la perméabilité de l'utérus conservé.

Les suites ont été normales, la menstruation après l'intervention fut indolore.

### LARGE DECHIRURE DU VAGIN AU COURS DE LA DEFLORATION

(*Société Sciences Médicales*, 25 mars 1925, in *Lyon Médical*, 6 sept. 1925.)

Cette observation présente les détails suivants : importance de l'hémorragie qui s'accompagnait d'un état de schock et d'anémie prononcée. Vaginisme intense interdisant tout examen sans anesthésie générale.

Comme lésion : large brèche du cul-de-sac vaginal postérieur qui nécessita la mise en place de 6 points au catgut avec une longue aiguille de Reverdin.

Nous avons rapporté en même temps les autres observations analogues publiées, particulièrement nombreuses à l'étranger.

### THROMBUS VULVO-VAGINAL AU COURS DE LA GROSSESSE

(In *Société Gyn. et Obst. Lyon*, 4 mars 1929.)

Cette observation de thrombus vulvo-vaginal au cours de la grossesse concernait une malade ayant eu des hémorragies à répétition et amenée à la clinique gynécologique dans un état d'anémie grave. Le thrombus était volumineux, siégeant sur la paroi latérale droite de la vulve et décollant le vagin très profondément. Nous avons préféré, à l'incision et au tamponnement classique, un procédé hémostatique plus méthodique : sous anesthésie générale après ablation des caillots et avec l'aide de valves vaginales agissant comme écarteurs, nous avons pu lier

les différents vaisseaux qui saignaient dans la profondeur et compléter cette hémostase par un sujet en bourse au catgut. Cette intervention fut très satisfaisante et la grossesse continua.

## LARGE PLAIE PAR EMPALEMENT DE LA VULVE AVEC DISSECTION DE L'URETERE

(*Société Sc. Médicales*, 6 nov. 1929, in *Lyon Médical*, 8 déc. 1929.)

Il s'agissait d'une femme de 57 ans amenée le 21 septembre à l'hôpital avec une forte hémorragie vulvaire en état d'anémie prononcée. C'est à la suite d'une chute à califourchon que cette malade se fit une plaie de 5 à 6 centimètres siègeant entre le clitoris et l'urètre. Le méat est refoulé tout à fait en bas vers la fourchette. Une forte hémorragie vient de la profondeur. C'est après plusieurs tamponnements que l'on se rend compte :

1° De l'intégrité de l'uretère qui est absolument disséqué et qui paraît avoir « fui » devant le traumatisme ; une sonde, engagée par le méat, permet de constater qu'il n'existe aucune lésion urétrale ou vésicale, malgré l'intensité du traumatisme.

2° La plaie se prolonge en arrière de la symphise pubienne découvrant la paroi antérieure de la vessie et remontant dans la loge prévésicale, ce qui explique l'hématome de la région hypogastrique.

Devant ces lésions, on évacue les caillots organisés, mais il est difficile de faire une hémostase systématique. On est obligé de faire, avec une longue aiguille de Reverdin, des ligatures au catgut en bourse de toute la région sous-clitoridienne qui saigne abondamment. On laisse, d'autre part, une longue mèche profonde dans un but hémostatique. Une sonde à demeure est placée.

Quarante-huit heures après, la température monte à 39°. On enlève la mèche. La température tombe aussitôt et sans autre thérapeutique, on assiste dès lors à une guérison des plus rapides.

De cette observation, nous retiendrons les considérations suivantes :

1° Difficulté de l'hémostase : le traumatisme ayant intéressé non seulement la région vulvaire caverneuse, mais encore des vaisseaux profonds de la face antérieure de la vessie. L'extrême attrition des tissus et leur infection possible ne permettaient pas une hémostase méthodique, ni une suture dotale.

La suture en bourse, complétée par un méchage momentané, ont seuls été possibles.

2° La cicatrisation a été des plus rapides, ce qui est un fait classique dans cette région, toutefois nous avons été surpris de voir comme l'aspect anatomique de la région était redevenu normal en si peu de temps.

3° Nous estimons curieux de remarquer en outre combien l'urètre féminin, plus court et plus élastique que l'urètre de l'homme, a échappé au traumatisme cependant violent. Il a été disséqué entièrement, mais ne s'est pas rompu. D'ailleurs, lorsque l'on consulte les classiques gynécologiques, le chapitre des plaies vulvo-vaginales ne mentionne pas de lésions urétrales concomittantes ; nous n'avons trouvé celles-ci rapportées que dans les très gros traumatismes d'origine obstétricale.

### VOLUMINEUSE HYPERTROPHIE DU COL UTERIN SIMULANT UN PROLAPSUS TOTAL CHEZ UN DIABETIQUE

(*Société Sc. Méd.*, 23 fév. 1927, in *Lyon Méd.*, juillet 1927.)

Nous avons, chez cette malade âgée de 60 ans, pratiqué une simple amputation conoïde du col sous-rachianesthésie. L'âge de la malade, un polype muqueux et une large érosion cervicale auraient pu nous inviter à faire davantage, peut-être une hystérectomie vaginale, mais l'état général et le diabète nous ont fait préférer une simple amputation du col qui, excisé, mesurait encore 8 centimètres.

D'autre part, outre les soins antiseptiques locaux, pendant la semaine avant l'opération fut pratiqué un traitement à l'insuline (injections quotidiennes de 15, puis de 20 unités), qui fut continué également après l'intervention. Suites simples.

### A PROPOS D'UN FIBROME COMPLIQUE D'ANEMIE GRAVE

(*Société Sc. Méd.*, 4 déc. 1929, in *Lyon Méd.*, 26 janvier 1930.)

Présentation d'une observation d'une anémie aiguë chez une malade atteinte de fibrome utérin. L'état de subinfection certaine s'ajoutait aux métrorragies petites mais fréquentes pour entretenir cet état. Le traitement que nous avons appliqué s'est efforcé de répondre à cette idée pathogénique : par le curetage et l'application de radium (toute hysté-

rectomie nous paraissant trop grave en ce cas particulier), nous avons essayé de supprimer en même temps le facteur infectieux endométritique. D'autre part, une simple transfusion sanguine de 200 centimètres cubes, que nous avons faite, paraît avoir agi en déclanchant à nouveau l'hématopoïèse qui paraissait épuisée.

### MYOMECTOMIE AU COURS DE LA GROSSESSE POUR ACCIDENTS PERITONEAUX — GUERISON — CONTINUATION DE LA GROSSESSE

(*Société Sc. Méd.*, 8 mai 1929, in *Lyon Méd.*, 1er sept. 1929.)

Nous avons opéré d'urgence une malade en état de grossesse présentant des signes péritonéaux et une tumeur douloureuse interprétée à tort comme un kyste ovarique tordu. Myomectomie interstitielle. Guérison.

Nous soulignerons les 2 points suivants au sujet de cette observation :

1° La difficulté du diagnostic exact en raison des signes péritonéaux qui étaient à ce point intenses qu'on avait pensé même à la possibilité d'une appendicite au cours de la grossesse ;

2° L'explication de ces signes péritonéaux apparaît dès qu'on examine la pièce opératoire : le noyau fibromateux enlevé par myomectomie était en état nécrobiotique accentué avec léger ramollissement et une nuance « hortensia » caractéristique. Nous estimons que la grossesse, en cherchant à extérioriser davantage ce noyau fibromateux, gros comme un poing, a rendu plus fragiles ses connexions vasculaires, déterminant ainsi sa nécrobiose rapide et un retentissement péritonéal secondaire.

### VOLUMINEUX FIBROME ROUGE

(*Société Sciences Médicales*, 29 avril 1925, in *Lyon Médical*, oct. 1925.)

Ce volumineux fibrome rouge, du poids de 3 kilogrammes, présentait une scène clinique absolument caractéristique : avec des métrorragies, un amaigrissement et un retentissement marqué sur l'état géné-

ral, des douleurs violentes pelviennes et des accès fébriles, tous symptômes sur lesquels M. A. Vachey a insisté dans sa thèse où figure notre observation (Cf. A. Vachey, *Th. Lyon*, 1925).

### VOLUMINEUX FIBROME DEGENERE

(*Société Sciences Médicales*, 11 février 1925, in *Lyon Méd.*, 28 juin 1925.)

Présentation à titre de simple curiosité d'un volumineux fibrome de 6 kilogrammes nécrobiotique dont la consistance très molle et les adhérences viscérales en avaient imposé pour une tumeur maligne.

### A PROPOS D'UN VOLUMINEUX FIBROME SOUS-MUQUEUX SPHACELE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 28 avril 1926, in *Lyon Méd.*, 15 août 1926.)

Volumineux fibrome sous-muqueux du poids de 6 kilogr. 500 au sujet duquel nous avons fait les remarques suivantes :

1° En dehors du volume et du poids remarquable pour un fibrome sous-muqueux, le sphacèle et l'infection du fibrome étaient très prononcés. L'aspect général était celui de la bouillie cérébrale, un pus infect l'entourait.

Le malade présentait un très mauvais état général avec des signes d'anémie, d'intoxication et d'infection à la fois.

2° Comme intervention : anesthésie générale entrecoupée et superficielle. Hystérectomie rapide avec large drainage vaginal. L'intervention fut rendue complexe du fait d'une grosse hernie ombilicale ayant nécessité en même temps une omphalectomie.

### FIBROMES ISTHMIQUES INCLUS ET ENCLAVES

(*Société Sc. Méd.*, 6 mars 1929, Compte rendu in *Pr. Méd.*, 29 mars 1929.)

Présentation de deux curieuses pièces opératoires dont nous reproduisons ici les clichés et qui nous offraient à la fois la double difficulté opératoire de l'inclusion et de l'enclavement.

Cliniquement ces deux malades avaient présenté à des degrés divers des signes fonctionnels accusés : ballonnement abdominal douloureux avec crises d'obstructions nettes chez l'une d'elles. Toutes deux avaient des signes urinaires prononcés avec tantôt pollakiurie tantôt des crises de rétentions allant jusqu'aux mictions par regorgement simulant l'incontinence. Au toucher : le doigt heurtait un véritable mur fibromateux le col étant en quelque sorte « avalé ». Le blocage pelvien était chez l'une d'elles absolu.





Au point de vue opératoire si le diagnostic aisé de l'inclusion nous permit facilement de trouver un plan de clivage sur les faces antérieure et postérieure après incision de la séreuse, il n'en fut pas de même de l'enclavement qui était constitué par le fibrome isthmique de sorte que la tumeur ne « montait pas » et nous avons eu de grandes difficultés à placer nos pinces sur le pédicule utéro-ovarien puis sur l'utérine. Une fois un côté dégagé l'intervention redevint aussitôt facile et schématique.

**FORME ANORMALE DE RUPTURE TUBAIRE — TYPE EPIGASTRIQUE**

(*Société Sciences Médicales*, in *Lyon Méd.*, 31 août 1924.)

Tout l'intérêt de cette présentation réside dans le fait que la malade accusa au moment du début de l'accident abdominal une douleur brusque en coup de poignard au niveau de la région épigastrique avec irradiation dorsale ou scapulaire droite sans jamais accuser des signes douloureux pelviens. M. Amédée Laffont (Pr. méd., 23 février 1924) signale cette douleur mais en fait un phénomène tardif indiquant le degré d'ascension du flot sanguin, ce qui n'était pas le cas dans notre observation.

**RUPTURE D'UNE GROSSESSE TUBAIRE ISTHMIQUE AVEC HEMORRAGIE ARTERIELLE ET INONDATION PERITONEALE GRAVE**

(*Société Sc. Méd.*, 8 janvier 1930, in *Lyon Méd.*, 16 mars 1930.)

Observation d'une malade présentant une scène typique d'inondation péritonéale par rupture d'une grossesse tubaire isthmique. L'intérêt de cette communication réside dans l'examen de la pièce opératoire : il s'agissait en effet d'une grossesse tubaire placée tout contre la



corne utérine. Cette localisation est rare. Le développement de la grossesse à ce niveau paraît presque impossible sans rupture précoce. Notre malade n'avait aucun retard de règles et le volume de la grossesse ectopique n'était pas supérieur à un petit pois, au point que nous ne l'apercevions pas tout d'abord. D'autre part à ce niveau se trouve la terminai-

son de l'utérine qui, après avoir décrit ses sinuosités sur le bord utérin, se coude contre le conduit tubaire pour former son anastomose avec l'ovarienne. M. Villard avait présenté deux ans auparavant à la Société de Chirurgie de Lyon un cas identique: chez notre opérée nous avons pu constater que l'hémorragie artérielle était bien en cause expliquant l'hémorragie interne brutale et grave, et nous avons même dû pratiquer un point hémostatique isolé sur la terminaison de l'utérine.

### HYDROSALPINX VOLUMINEUX BILATERAL AVEC ADENOMYOMES DES CORNES

(*Société Sc. Méd.*, 4 déc. 1929, in *Lyon Méd.*, 19 janvier 1930.)

Présentation à titre de simple curiosité de deux volumineux hydrosalpinx plus gros que des aubergines translucides et reliés à l'utérus par deux gros adénomyomes des cornes dont le rôle obturateur apparaissait en ce cas manifeste. Etant donnée l'importance des lésions nous n'avons pu chez cette malade âgée de 29 ans que conserver l'utérus et un fragment très minime de l'ovaire droit, le seul encore un peu utilisable. Les suites opératoires éloignées avec disparition des souffrances et menstruation régulière et indolore paraissent jusqu'ici parfaites.

### VOLUMINEUX HYDROSALPINX A DEVELOPPEMENT INTRALIGAMENTAIRE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 février 1926, in *Lyon Méd.*, 23 mai 1926.)

Cette remarquable pièce permettait deux sortes de considérations :

I. — Son volume était considérable, atteignant celui d'une tête d'enfant — or ceci est tout à fait exceptionnel (il ne s'agissait pas d'un kyste tubo-ovarique), la partie tout externe de la trompe et l'ovaire sont indemnes.

II. — Cet hydrosalpinx présentait un *développement intraligamentaire*, de sorte qu'à première vue il simulait un kyste inclus. Or ce fait est exceptionnel. Cette inclusion, dont Monprofit, Richelot ont défendu l'existence, est admise par J.-L. Faure avec de grandes réserves et, bien souvent pour ce dernier, il s'agirait de fausses inclusions dues à des adhérences inflammatoires péritubaires.

L'examen de cette pièce montre qu'en ce cas c'était bien une véritable inclusion intraligamentaire par décollement progressif des feuillets du ligament large.

Le volume extraordinaire de l'hydrosalpinx a même poussé ce décollement très loin, ce qui nous explique certaines constatations au cours de l'intervention, telles que la présence sous le kyste en rapport direct, de l'appendice sain qui simulait l'uretère et la présence également d'une anse grêle en partie dépéritonisée appartenant à la fin de l'iléon. On peut en effet interpréter ces faits de la façon suivante : la salpingite kystique a tout d'abord écarté les feuillets du mésosalpinx, puis s'étalant progressivement a comblé en partie la cavité du Douglas ; rencontrant alors la résistance de l'aponévrose périnéale elle a décollé progressivement la face postérieure du ligament large et même le péritoine pariétal postérieur jusqu'au niveau de l'angle inférieur du mésentère. Ce mécanisme expliquerait bien, à notre avis, les constatations mentionnées ainsi que la déformation et la tension de l'hydrosalpinx qui se tenait bridé par le péritoine rendant très difficile sa libération progressive au cours de l'intervention qui cherchait à obtenir cette pièce intacte et sans ponction préalable.

## DU DANGER URETERAL AU COURS DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR ANNEXITES

(Article paru in *Lyon Médical*, 22 avril 1928.)

Les études récentes et nombreuses, traitant des sections ou plaies uretérales au cours des interventions gynécologiques, s'inquiètent surtout de la thérapeutique chirurgicale de ce grave accident ; mais les conditions étiologiques de ces blessures restent toujours énumérées dans un ordre classique : opération de Wertheim, hystérectomie vaginale, tumeur sous-péritonéale incluse, colpotomie, etc..., toutes interventions intéressant l'uretère lors de sa traversée du paramètre et dont le trajet anatomique a été si étudié.

Par contre, le danger uretéral, dans la portion pariétale rétro-ligamentaire, est mis au second rang (*Cf.*, Séjournet, thèse, Paris, 1913; Gouverneur, thèse et sérieux article *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 231; Œconomos, thèse, Montpellier, et revue générale « Blessures opératoires de l'uretère », *Gazette des Hôpitaux*, février 1921; Lenormant et Leïbovici, « Fistules uretérales après hystérectomie », *Gynécologie et Obstétrique*, 1924). Cet ordre est légitimé sans doute par les statistiques, mais les conditions dans lesquelles se produit l'accident opératoire sont très différentes dans certaines annexites, où une adhérence intime peut se produire et déterminer alors, au cours de la libération annexielle, une blessure uretérale. Le danger est alors tout diffé-

rent : il est moins connu, moins prévu, car il ne résulte plus d'un rapport anatomique précis.

Nous publions dans cet article quatre observations où l'uretère fut découvert dangereusement au cours d'interventions pour annexites.

Ces quatre observations ont été recueillies à la Clinique gynécologique de Lyon, pendant une année (de décembre 1926 à décembre 1927).

Pendant la même période :

58 interventions abdominales ont été pratiquées pour annexite, sans danger uretéral ;

8 interventions de Wertheim ont été faites ;

4 tumeurs incluses, avec danger uretéral reconnu, ont été opérées.

C'est dire la fréquence relative de ces annexites très adhérentes et spéciales. Nous n'avons eu aucune lésion uretérale à déplorer au cours de ces interventions. Notons cependant, dans une de nos observations, que l'uretère fut momentanément pincé.

Au point de vue de la nature étiologique de l'annexite, nos quatre observations présentent :

Deux annexites bacillaires ;

Une annexite post-puerpérale ;

Une dégénérescence kystique ovarienne.

L'étiologie gonococcique n'est pas notée : sans doute le fait qu'elle détermine plus souvent une salpingite basse en est-il la cause.

En somme, de la présentation de ces quatre observations, nous insistons sur les points suivants :

1° Dans certaines annexites, il existe au cours de l'intervention abdominale un danger uretéral du fait de leur adhérence au péritoine pariétal ;

2° Ce danger est d'autant plus important qu'il est imprévu et non conditionné par des rapports anatomiques normaux ;

3° Il nous paraît devoir être surtout redouté en cas d'annexites hautes et postérieures, soit post-puerpérales, soit bacillaires, ou encore dans les dégénérescences ovariennes résultant de troubles trophiques (opérations conservatrices antérieures).

Ce sont du moins les données étiologiques que nous avons rencontrées.

### KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE AVEC MAXILLAIRE ET DENTS INCLUSES

(*Société des Sc. Médicales*, 29 avril 1925, in *Lyon Méd.*, oct. 1925.)

En dehors des formations d'ordre banal (sébum, poils, ébauches dentaires...) cette pièce présentait très nettement un arc maxillaire complet avec une voute palatine osseuse. Sur celui-ci étaient implantées 6 à 8 dents dont 2 molaires parfaitement constituées.

### A PROPOS D'UN KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC ET REMARQUES RADIOGRAPHIQUES

(In *Lyon Méd.*, 17 février 1929.)

Cette observation fut suivie des remarques suivantes :

I. — La malade présentait une symptomatologie assez anormale pour un kyste dermoïde. Celui-ci se voit en effet de préférence chez une femme jeune, reste en général pelvien et de petit volume, se trouve souvent fixé et enfin s'accompagne de crises douloureuses. Or, notre opérée avait une cinquantaine d'années, ne souffrait pas : sa tumeur présentait une mobilité extrême et enfin était d'un volume déjà important (tête d'adulte).

II. — Deux clichés radiographiques furent faits : or, contrairement à ce qu'on peut penser en voyant la pièce, l'ébauche maxillaire et les dents qui se trouvaient dans le kyste dermoïde n'apparaissent sur le cliché que sous une ombre curviligne et floue au niveau du flanc droit de la 4e vertèbre lombaire. Est-ce le contenu sébacé du kyste, est-ce la nature embryonnaire du tissu osseux et de la dent qui expliquent ce peu d'opacité aux rayons X ? Nous ne le savons pas. Toutefois, nous notons ce fait alors qu'il a été proposé (*Journal de Radiologie*, 1925, P. Aimé, « Du diagnostic radiologique des kystes dermoïdes »), de pratiquer des radiographies systématiquement en cas de tumeur annexielle douteuse afin de pouvoir affirmer le kyste dermoïde à contenu dentaire.

### TORSION D'UN KYSTE DU PAROVAIRE ET DES ANNEXES CORRESPONDANTES

(*Société Sc. Méd.*, 5 mars 1929, in *Lyon Méd.*, 25 août 1929.)

Présentation à titre de curiosité d'une remarquable pièce constituée par un gros kyste du parovaire du volume d'une tête d'adulte flanqué d'une part de la trompe noirâtre garnie de sang et en écharpe sur la tumeur, et d'autre part de l'ovaire nettement indépendant du volume d'un citron et thrombosé. Le pédicule composé des connexions avec



l'utérus et du méso était allongé et tordu 4 fois sur lui-même, déterminant ainsi une striction très serrée expliquant la rapidité et l'intensité des phénomènes apoplectiques ayant intéressé à la fois le kyste, la trompe et l'ovaire.

### FIBROME PUR DE L'OVAIRE

(*Société Sc. Médicales*, 1er février 1928, in *Lyon Méd.*, 17 juin 1928.)

Les cas les plus fréquemment observés sont des fibromyomes ou des fibrolipomes, il s'agissait dans ce cas d'un fibrome pur de l'ovaire atteignant le volume d'une tête d'enfant et excessivement dur à la coupe. L'intérêt clinique consistait dans la présence d'une ascite relativement abondante et au sujet de laquelle nous rapportons les discussions qui eurent lieu à la Société de Chirurgie de Lyon, à la même époque.

**TUBERCULOSE ANNEXIELLE BILATERALE — LESIONS TUBAIRES ET OVARIENNES**

(Présentation de pièce, *Société Sc. Méd.*, 28 mars 1928, in *Lyon Méd.*, 23 sept. 1928.)

L'intérêt de cette pièce en dehors d'un fibrome coexistant réside dans la coexistence de plusieurs formes anatomiques de tuberculose annexielle : salpingite ulcéro-caséeuse bilatérale avec, d'un côté, formation d'un nodule à contenu mastic : tuberculose ovarienne bilatérale, à droite forme inflammatoire, à gauche forme abcès froid. Enfin, il existait des granulations péritonéales et des adhérences épiploïques.

**DE LA LIGAMENTOPEXIE PAR AUTOLIGATURE DES LIGAMENTS RONDS DANS LE TRAITEMENT DE LA RETROVERSION UTERINE**

(Procédé extra et intrapéritonéal)

(In *Rev. Fr. de Gyn. et Obst.*, avril 1930.)

Parmi les très nombreux procédés de ligamentopexie employés dans le traitement de la rétroversion utérine, la technique utilisée à la Clinique Gynécologique de Lyon assure au maximum la correction anatomique et physiologique de la déviation.

Son principe est de réaliser le racourcissement ligamentaire par glissement sous-péritonéal et la fixation par autoligature des deux ligaments ronds noués au devant des muscles droits.

L'intervention est pratiquée sans ou avec ouverture de la cavité péritonéale.

A. — *Ligamentopexie extrapéritonéale.* — Après incision sus-pubienne très basse conduite d'un orifice inguinal à l'autre, les deux ligaments, comme dans l'Alquié-Alexander, sont isolés, facilement attirés au dehors par glissement sous-péritonéal sur une longueur de 10 à 12 centimètres et noués l'un à l'autre au devant des muscles droits.

B. — *Ligamentopexie intrapéritonéale.* — Incision de Pfannenstiel basse. — Libération de l'utérus. — Traitement des lésions annexielles s'il en existe. — Puis les ligaments ronds sont découverts par une bou-

tonnière faite au péritoine pariétal au ras de l'orifice interne du canal inguinal ; le bout périphérique est arraché, saisi par une pince, passé au travers ou en dehors du muscle droit et attiré à l'extérieur. Les deux ligaments sont alors liés l'un à l'autre. — Fermeture de la paroi.

Les avantages de ce procédé sont de reconstituer une disposition anatomique normale ; de ne pas former, comme avec le Doléris, de soulèvements péritonéaux, de brides, facteurs d'étranglement ; d'éviter de couder la trompe ou de l'attirer dans l'incision pariétale.

L'idéal anatomique et physiologique est réalisé par la ligamentopexie extrapéritonéale, mais celle-ci n'est indiquée que dans les rétroversions pures, facilement réductibles et sans lésions annexielles.

La réductibilité, en cas d'échec par les manœuvres digitales, devra toujours être vérifiée à l'hystéromètre.

Les résultats obtenus sont excellents tant au point de vue de la fixation de l'utérus et des possibilités de fécondation, que de la persistance du maintien de la réduction après les grossesses (Cf., à ce sujet, Mlle Paramelle, *Th. Lyon*, 1928).

**DE L'HYSTERECTOMIE ELARGIE DANS LE CANCER DU COL**

(In *Lyon Chirurgical*, sous presse.)

Dans ce travail illustré par de nombreux dessins et clichés, nous avons décrit la technique de notre Maître, M. le Professeur Villard, dont un exposé rapide avait déjà été fait en janvier 1930, à la Société de Chirurgie de Lyon.

La caractéristique de cette technique est constituée par la crainte de l'infection pouvant provenir de l'ouverture vaginale : aussi, tous les temps de l'intervention et particulièrement toute l'hémostase, y compris celle du vagin, sont réalisés avant l'ouverture de ce dernier.

L'aspirateur de M. Villard, placé dans le vagin, la section rapide de celui-ci entre 2 pinces (type pinces de Gouilloud), l'absence d'hémostase de la tranche vaginale, la mise en place rapide d'une mèche pelvienne, tous ces détails rendent l'intervention le plus aseptique possible. D'autres détails de technique concernant l'incision du ligament

large, la dissection uretérale, la section des ligaments utéro-sacrés, les raisons de la péritonisation haute préférée au « Mickulicz » systématique, jouent un rôle important pour le succès de cette technique que confirment les belles pièces opératoires que nous publions.

D'autre part, la simplicité des suites opératoires et la mortalité post-opératoire faible (7 %) sont à signaler.

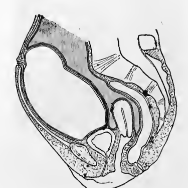
---

# UROLOGIE

## CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GROS KYSTES FERMES DE L'OURAQUE

(In *Gyn. et Obst.*, t. XII, n° 6, déc. 1925.)

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade de 37 ans, porteuse d'une volumineuse « tumeur abdominale », qui fut considérée comme un kyste de l'ovaire et opérée comme tel. Nous nous bornerons ici à résumer le compte rendu opératoire de l'intervention qui démontra qu'il s'agissait en réalité d'un volumineux kyste fermé de l'ouraque sous-péritonéal. A l'occasion de cette observation, nous avons fait une étude complète de la question.



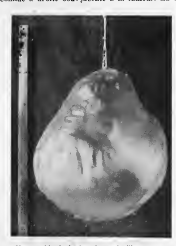
Coupe sagittale schématique montrant la disposition sous-péritonéale d'un kyste de l'ouraque.

*Intervention le* 25 *mars* 1925 (P[r] Patel).

Laparotomie sous-ombilicale médiane. On constate qu'on ne pénètre pas d'emblée dans le péritoine : pensant qu'il s'agit d'adhérences péritonéales entre

le kyste et la paroi abdominale on ponctionne le kyste au trocart : il s'écoule 8 à 10 litres d'un liquide clair. Une fois la poche kystique évacuée, on la repère avec des pinces à plateau. Et on se rend compte alors que cette tumeur est tout entière dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. La cavité péritonéale est d'ailleurs ouverte et on constate que l'utérus et les annexes sont sains. Il ne s'agit donc pas d'un kyste de l'ovaire, mais d'un volumineux kyste de l'ouraque situé tout entier dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

On fait alors repérer la vessie par une sonde en gomme introduite par l'urètre. La vessie est reconnue à droite sous-jacente à la tumeur. La dissection devient



Photographie du kyste prise après l'intervention
Le kyste a été rempli avec du coton.

alors plus laborieuse, le plan de clivage moins net. Toutefois on se rend compte nettement que le kyste ne se continue pas avec la vessie, il y a seulement juxtaposition et on arrive à les séparer. Au cours de cette manœuvre la vessie est légèrement éraillée à gauche, mais très faiblement, et la muqueuse est indemne. On place quelques points de suture à ce niveau.

Le kyste est alors enlevé entièrement.

On termine en capitonnant par une fermeture simple du péritoine et de la paroi.

Une sonde à demeure est laissée 4 à 5 jours.

Les suites ont été des plus simples, la malade a quitté le service entièrement guérie.

*Examen de la poche kystique.* — La paroi est mince, transparente sans épaississement : l'ensemble rappelle l'aspect d'un kyste ovarien uniloculaire (Fig. 2). La paroi au point de vue histologique était constituée par une mince lame de tissu fibro-conjonctif sans épithélium de revêtement (examen Dr Bouchut).

Le liquide contenu présentait un volume supérieur à 8 litres. Il était absolument transparent clair, et à l'intérieur du kyste, il n'existait aucune production particulière.

L'examen microscopique fut négatif.

L'examen chimique révéla :

| | |
|---|---|
| Densité à + 15° | 1.007 gr. |
| Chlorures en NaCl par litre | 7 gr. 49 |
| Extrait à 100 | 10 gr. 08 |
| Cendres | 9 gr. 74 |
| Albumine | 0 gr. 25 |
| Mucine | Néant. |

L'ouraque chez l'adulte n'est qu'un minee cordon fibreux long de 12 cm. environ, épais de 2 m/m, reliant le sommet de la vessie à l'ombilic, où, trés aminci, il adhère à la cicatrice par l'intermédiaire des vaisseaux ombilicaux.

Par eontre, chez l'embryon, il forme un vaste canal largement perméable étendu de la vessie à l'ombilic : il représente alors la partie la plus haute de la vésicule allantoïdienne.

Mais à partir du quatrième mois, il se produit un processus d'oblitération progressive, de sorte qu'au milieu de la vie intra-utérine l'imperméabilité de l'ouraque se trouve réalisée. La vessie devient donc privée de son ouverture supérieure, et la formation du bourgeon cloacal déterminera plus tard l'ouverture inférieure normale.

Dés lors, l'ouraque présente son aspect adulte simple : cordon d'aspect fibreux où cependant l'examen histologique révèle une structure musculo-muqueuse analogue à celle de la vessie, témoignant de la même origine allantoïdienne.

En outre, il existe souvent à son intérieur une petite cavité restante qui même, selon Luschka, serait constante. Cette opinion est sans doute exagérée, toutefois les études déjà anciennes de Wutz (*Arch. de Wirchow*, 1883), ont montré, d'aprés une statistique portant sur 100 cadavres, l'existence d'un petit diverticule ouracal dans 70 % des cas.

En même temps qu'ont lieu ces phénoménes d'oblitération de l'ouraque, il se produit une rétraetion progressive, de sorte que la portion intra-abdominale de l'allantoïde et les artères ombilicales, d'abord appliquées contre la paroi, font saillie ensuite dans la cavité caelomique. Ainsi se constitue « un mésocyste » avec

deux culs-de-sac latéraux formés par le péritoine refoulé, ainsi que l'ont établi les recherches cliniques de Cunéo et Veau.

Plus tard des processus d'accolement déterminent la formation définitive de l'aponévrose ombilico-prévisicale et le mésocyste n'a qu'une durée transitoire.

Selon MM. Delore et Cotte, sa persistance expliquerait la possibilité de kyste de l'ouraque intra-péritonéal (tel le cas rapporté dans leur observation, *Rev. Chir.*, 1906).

Ces données embryologiques permettent de comprendre la pathogénie de ces kystes sur laquelle diverses opinions ont été émises.

Les théories inflammatoire, mécanique, congénitale, ont tour à tour été invoquées. Mais c'est bien à cette dernière opinion qu'il faut se rallier pour expliquer les kystes de l'ouraque. Que ceux-ci communiquent avec la vessie, ou qu'il se produise une perméabilité totale du canal, avec fistule ombilicale, il s'agit dans tous ces cas de degrés variables d'une oblitération plus ou moins complète du canal allantoïdien. Perméabilité entière, diaphragme interposé, diverticules subsistants, voilà autant de sources de formations pathologiques, et de même que la hernie inguinale, le kyste du cordon, ou l'hydrocèle représentent des variétés du processus d'oblitération du canal vagino-péritonéal, de même, le kyste ouraquien semblable au kyste du cordon, témoigne d'une cavité restante représentant une partie du canal allantoïdien primitif.

De cette origine, découlent les considérations anatomo-pathologiques. Les kystes de l'ouraque que nous étudions se présentent comme de volumineuses poches fluctuantes interposées entre la paroi et le péritoine pariétal adhérentes à l'ombilic et reliées à la vessie. Selon les cas, on retrouvera un cordon ouraquien normal plus ou moins long à la partie supérieure, de même les rapports avec la vessie seront variables, tantôt le kyste en sera nettement détaché, tantôt au contraire il existera un rapport direct pouvant aller jusqu'à la communication vraie. (*Obs.* de Patel. *Revue des maladies de l'enfance*, 1904).

Le contenu du kyste est variable, l'analyse chimique et bactériologique, dans un cas typique comme celui que nous rapportons, n'offre rien de particulier, mais il peut être également tout différent : par exemple, une communication secondaire avec la vessie détermine l'apparition d'un contenu urinaire d'odeur ammoniacale caractéristique. Et surtout, au cours de son évolution même, le kyste est sujet à des phénomènes infectieux ou d'ordre hémorragique qui, selon leur plus ou moins grande intensité, déterminent de grosses variations dans le liquide. Nous reviendrons plus loin à ce sujet.

La paroi des gros kystes fermés de l'ouraque est en général mince, tendue, assez transparente et résistante. Nous n'avons trouvé, en effet, aucun cas de rupture traumatique.

Cependant, lorsque le kyste est très ancien, la paroi est signalée plus épaisse et doublée d'adhérences péritonéales plus étendues.

L'*examen histologique* de cette paroi théoriquement devrait être des plus typiques. Les travaux de Wutz et ceux plus récents de Mériel ont montré que la paroi présentait 3 couches conformes à l'origine embryologique du kyste : une

externe cellulo-fibreuse ; une moyenne musculaire ; une interne mince et lisse dans laquelle on peut retrouver les couches de l'ouraque fœtal.

En réalité, cette analyse n'a pas la valeur absolue qu'on a voulu lui attribuer. Dans les gros kystes fermés, la paroi est distendue à l'extrême et le kyste date souvent de plusieurs années ; aussi le microscope ne révéle en général qu'une lame de tissu fibro-conjonctif, où çà et là on trouve parfois quelques plaques épithéliales sans caractére bien établi.

## Etude clinique

Très rares, avons-nous dit, sont les observations certaines de gros kystes fermés de l'ouraque.

Dans le tableau suivant nous avons mis en parallèle les résumés cliniques et opératoires des principales d'entre elles. Leur examen comparatif nous a invité à écrire les remarques d'ordre clinique et thérapeutique qui vont suivre.

De l'examen de ces observations, il résulte qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes : le diagnostic est des plus difficiles et, en fait, n'est pas porté : l'erreur la plus fréquente consiste dans la confusion avec un gros kyste de l'ovaire, plus accessoirement avec une péritonite bacillaire.

La saillie de la paroi abdominale antérieure rappelant l'aspect d'une grossesse à terme, grosse masse fluctuante ou rénitente, médiane, emplissant l'abdomen, mate à la percussion et refoulant en arrière la masse intestinale est, en somme, le seul signe que présentent ces gros kystes de l'ouraque. La pauvreté ou la banalité de ces signes expliquent la difficulté du diagnostic.

*Evolution.* — L'évolution des gros kystes de l'ouraque est celle de toutes les poches kystiques en général. Il n'existe aucune tendance spontanée à la guérison par résorption. L'ouverture secondaire dans la vessie et la fistulisation ombilicale en « forçant » le canal ombilical ont été signalés.

Ces éventualités paraissent excessivement rares pour les gros kystes de l'ouraque.

En effet, tous les cas rapportés concernent les kystes de petit ou de moyen volume, souvent avec des phénomènes d'infections de la poche surajoutés. Telle, l'observation citée par Tricot à la *Société de Chirurgie de Paris* 1910, où une fistule ombilicale se produisit pendant la préparation même du malade pour l'intervention. Il semble donc bien que le kyste ne force le canal ombilical que si l'état anatomique de celui-ci le permet et indépendamment du volume même du kyste de l'ouraque.

Par contre, d'autres complications beaucoup plus fréquentes peuvent se produire : elles sont liées en partie à l'accumulation progressive du liquide. L'hémorragie intra-kystique semble presque être de régle : la plupart des observations mentionnent que le contenu kystique était représenté par un liquide sanglant avec globules rouges et débris fibrineux. Tantôt, il ne s'agit que d'une simple sérosité jaunâtre (obs. de Wolf), tantôt d'un liquide nettement hémorragique (Hoffmann, Freer, Kronlein); d'autres cas rapportent un liquide brun chocolat

*Tableau comparatif des principales observations publiées avec constatations opératoires ou nécropsiques.*

| OBSERVATIONS | SYMPTOMES ET EVOLUTION | Diagnostic porté | Intervention pratiquée | Lésions constatées et nature du liquide |
|---|---|---|---|---|
| 1870 — HOFFMANN *Archiv fur Heilkunde XI*, 373 | Homme. Tumeur volumineuse; douleurs abdominales ; œdèmes des jambes ; cachexie progressive. Evol. lente : 6-8 ans. | - | 4 ponctions successives (en tout 70 litres) | A l'autopsie gros kyste de louraque encore 50 l. de liquide sanglant av. gl. roug et débris fibrineux. |
| 1873 — WOLF in *Diss. Marburg* 1873 | Femme de 31 ans. Douleurs abdominales, avec 1 épisode aigu. Evolution : 3 ans. | Kyste de l'ovaire adhérent à l'hypogastre | Incision du kyste et décollement de la poche avec inc. du péritoine | Sérosité jaunâtre « en grande quantité ». |
| 1886 — LAWSON-TAIT in Mal. des ovaires, Trad. OLIVIER Paris 1886, — p. 243 | Femme de 56 ans. Douleurs abdominales vagues. Evolution : 6 ans. | Ascite, puis kyste de l'ovaire | Plusieurs ponctions puis extirpation | 17 lit. de liquide brun chocolat avec dépôts fibrineux. |
| 1887 — FREER *Annals of Surgery* 1887 | Jeune homme 24 ans. Accroissement rapide de l'abdomen. Poussées douloureuses ; dyspnée. Evolution : 3 ans. | | Ponctions successives (18-17-6 lit.) de ouraque avec 50 lit. liquide sanglant. | Décès nécropsie. Volumineux kyste |
| 1888 — TEICHELMANN *The Lancet* 1888 | Femme 28 ans. | Tumeur pelvienne | Ponctions | Kyste ouraque. |
| 1892 — KRONLEIN *Inaug. Diss., Zurich* 1892. | Femme de 42 ans. Orages péritonéaux successifs. Evolution : 3 ans. | Kyste de l'ovaire avec torsion | Extirpation ; clivage pénible. Durée de l'opération 1 h. 1/4 | Nombreuses adhérences péritonéales 3 litres de liquidefranchement hémorragique. |
| 1905 — DELORE et COTTE *Revue Chir.*, 1906 | Jeune fille 20 ans. Douleurs abdominales ; dysménorrhée. | Péritonite bacillaire enkystée | Extirpation | Adhérences au péritoine 8 litres de liquide hémorragique. |
| 1925 — PATEL *Sté Chirurgie Lyon* 1925 | Femme de 37 ans. Augmentation prog. de l'abdomen; pas de douleur ; latence absolue. Evolution : 1 an. | Kyste de l'ovaire | Extirpation du kyste avec excision partielle du péritoine par étal | Légère adhérence au péritoine 8 litres de liquide absolument clair. |

(Lawson Tait, Delore et Cotte) ; enfin et s'opposant aux remarques précédentes, dans notre observation le liquide était absolument limpide.

Or, il est très intéressant de comparer à ces différentes variétés de liquide intra-kystique l'évolution clinique (Cf. tableau). Dans notre observation la latence fonctionnelle est complète et l'évolution ne dure que depuis un an. Par contre, on trouve ailleurs notée une douleur abdominale, souvent même une série d'orages péritonéaux qui, dans plusieurs cas, ont fait penser à une torsion d'un kyste de l'ovaire ; or, ce sont ces mêmes observations dans lesquelles la ponction ou l'intervention ont révélé un liquide hématique témoignant de ces hémorragies intra-kystiques.

A ces phénomènes se passant à l'intérieur de la poche se combine un processus externe : les adhérences péritonéales sont plus nombreuses et plus marquées dans les cas douloureux avec hémorragie intra-kystique (par ex. obs. Kronlein).

De ces faits, il résulte que les gros kystes fermés de l'ouraque sont sujets à des complications, et à ce propos les renseignements fournis par la ponction peuvent être intéressants, indiquant plus ou moins l'urgence de l'intervention et la difficulté opératoire.

### Traitement

Que le diagnostic exact soit porté, soupçonné ou méconnu, l'intervention apparaît tôt ou tàrd nécessaire.

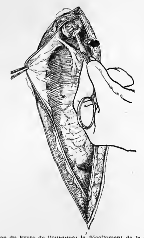
La ponction envisagée en tant qu'agent thérapeutique semble être suivie de très mauvais résultats. Nous en voyons la preuve dans les observations anciennes de Hoffmann (1870) ou Freer (1887). Le liquide se reproduisit avec une extrême rapidité : 4 ponctions chez le malade d'Hoffmann permirent l'évacuation de plus de 70 litres et à l'autopsie encore 50 litres restaient dans le kyste. Ces ponctions aboutirent forcément à une cachexie plus ou moins rapide. Elles ne sauraient être envisagées que dans un cas d'urgence (accès dyspnéique grave dans un cas volumineux) ou bien comme traitement purement palliatif chez le malade se refusant à toute intervention chirurgicale.

L'extirpation du kyste constitue, par contre, le traitement de choix.

On découvrira dans les cas typiques la face antérieure du kyste et non la cavité péritonéale : avec un tampon monté sur une pince on pourra facilement cliver les légères adhérences à ce niveau. Le kyste sera alors ponctionné comme un kyste de l'ovaire avec un trocart et toutes les précautions d'asepsie ordinaire : on notera alors l'aspect du liquide rouge clair brun avec des caillots fibrineux, etc. Ceci permettant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de juger en partie l'ancienneté du kyste et les phénomènes hémorragiques et inflammatoires surajoutés.

La poche kystique évacuée partiellement ou totalement, des pinces à plateau seront placées sur l'orifice produit par le trocart. Et on commencera le clivage du kyste par son bord supérieur. Les adhérences fortes ou les débris du canal ombilical seront sectionnés au ciseau, puis de haut en bas on séparera la paroi

postérieure du kyste du péritoine pariétal. Cette manœuvre est tout d'abord assez facile, mais devient malaisée à mesure que l'on descend. Faire une intervention extra-péritonéale entièrement serait long, pénible et inutile étant donnée l'asepsie actuelle. Aussi, il nous semble évident que mieux vaut, ainsi que nous l'avons fait,



Clivage du kyste de l'ouraque; le décollement de la vessie est particulièrement difficile.

dès que les difficultés apparaissent, ouvrir franchement la cavité péritonéale et exciser partiellement le péritoine pariétal adhérent.

Ces manœuvres aboutissent à la libération de la plus grande partie du kyste ouraquien qui ne tient plus dès lors qu'à sa partie inférieure. Ici est un danger : la vessie. Sans doute, dans les kystes haut situés, où ce péril n'existe pas, on terminera par la section de l'ouraque et des adhérences restantes. Par contre, lorsque le kyste s'est développé au niveau de la partie inférieure du canal ombilical, il convient d'être alors extrêmement prudent.

Ainsi comprise, l'ablation des gros kystes fermés de l'ouraque nous apparaît une intervention facile, bien réglée et non dangereuse. Les différentes observations que nous avons citées et qui furent opérées n'ont été suivies d'aucune mortalité. La guérison rapide et radicale demeure la régle.

### LITHIASE RENALE BILATERALE — PYELOTOMIE DOUBLE

(*Lyon Méd.*, 1924, t. CXXXIV, p. 814.)

Cette observation comporte la discussion des indications thérapeutiques dans la lithiase bilatérale : dans notre cas, il existait de volumineux calculs des 2 côtés ; s'il est alors classique (Rochet) d'être réservé au point de vue opératoire, le jeune âge de la malade nous a cependant engagé à intervenir en commençant par le rein le plus malade et l'opération conservatrice a pu être pratiquée avec succès des deux côtés.

### FISTULE POST-OPERATOIRE GUERIE A LA SUITE D'UN CATHETERISME URETERAL

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 3 déc. 1924, in *Lyon Méd.*, 15 février 1925, p. 192.)

La guérison parfois spontanée ou à la suite d'un cathétérisme urétéral des fistules latérales après hystérectomie élargie, est un fait bien connu, et Jeanbrau et Bœckel ont publié trois observations de guérison de ces fistules à la suite d'un cathétérisme à demeure de l'uretère lésé. Dans notre cas, le simple passage de la sonde a été suivi dès le lendemain de l'arrêt complet de la fistule, mais cette guérison s'est accompagnée d'une sténose secondaire uretérale, puisque, trois mois après, le cathétérisme était devenu impossible.

### CORPS ETRANGERS DE LA VESSIE — PROLAPSUS RECTAL SECONDAIRE

(*Soc. Chir.*, 10 avril 1924, in *Lyon Chir.*, t. XXI.)

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, d'intelligence fruste, qui avait adopté un mode assez particulier de masturbation urétrale : il s'introduisait dans l'urètre un fragment de liège taillé en forme de noyau de cerise qu'il faisait voyager dans le canal par des pressions extérieures. L'appareil un beau jour tomba dans la vessie. Six mois après apparurent des accidents de cystite avec ténesme vésical et rectal ; le malade s'efforçait, par de vains efforts de défécation, de calmer ses épreintes.

A ce régime, il gagna vite un prolapsus du rectum qui apparut assez tôt après la cystite et formait un prolapsus volumineux à la fin de 1923, un an après l'introduction du corps étranger.

Sous l'influence des efforts répétés, le prolapsus prit bientôt des proportions colossales avec des crises d'étranglement obligeant le malade à venir de temps en temps se faire réduire à l'hôpital son prolapsus étranglé.

Le 22 février, une colopexie fut pratiquée suivant à peu près la technique de Duval, avec cloisonnement du Douglas très profond par des fils de soie étagés faufilés en cercle autour du cul-de-sac, et suture du côlon remonté autant que possible au psoas gauche avivé. L'opération fut complétée par un cerclage de l'anus au fil de bronze d'aluminium, car le sphincter distendu depuis longtemps restait après colopexie largement béant.

Les suites opératoires furent simples, sauf une hématurie du premier jour, attribuée à tort à un point perforant de la muqueuse au cours du cloisonnement du Douglas.

Le prolapsus ne se reproduisit plus.

Une radiographie fait avant que le malade quitte le service, afin de vérifier le cerclage, révéla en outre un volumineux calcul vésical qui fut retiré le 19 mars par taille sus-pubienne : il était constitué de strates phosphatiques friables au milieu desquelles fut découvert un noyau élastique à facettes évidemment taillées au couteau et certainement d'origine étrangère.

Pressé de questions à ce sujet, le malade dut avouer sa pénible histoire qui permit de reconstituer tous les faits pathologiques présentés.

## GROS CALCULS DE L'URETRE ANTERIEUR TOLERANCE PARFAITE PENDANT VINGT ANS

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd.*, 4 nov. 1925, in *Lyon Méd.*, 17 janvier 1926.)

Ablation par urétrotomie externe de deux calculs de l'urètre dont l'un volumineux (3 cm. sur 2 cm. 1/2), siégeant au niveau du bulbe chez un malade algérien âgé de 32 ans.

Ce calcul de l'urètre fut toléré parfaitement pendant plus de 20 ans, puisqu'il fut diagnostiqué déjà par un médecin à l'âge de 10 ans, où il provoqua pendant 2, 3 ans un peu d'incontinence. Il fut ensuite parfai-

tement toléré : parfois cependant la miction s'arrêtait brusquement, le malade alors s'accroupissait légèrement et, par une manœuvre spéciale avec le doigt, repoussait la pierre.

Ce fut une légère orchi-épididymite qui détermina chez ce malade un nouvel examen suivi d'un traitement radical. L'état local subinfecté et le volume du calcul ne permettaient guère qu'une urétrotomie externe, qui fut suivie de cicatrisation rapide et de guérison définitive.

---

# TÊTE - THORAX

## FRACTURE DU CRANE : LESIONS DE LA VOUTE ET DE LA BASE RADIOGRAPHIES

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1er juillet 1925, in *Lyon Méd.*, 17 janvier 1926.)

Les points intéressants de cette observation sont les suivants :

I. — La netteté des détails de la fracture de la voûte (enfoncement du frontal) avec les traits d'irradiation à la base sur les clichés radiographiques. M. Japiot, radiographe des hôpitaux, nous a déclaré n'avoir jamais observé quelque chose de comparable.

II. — La conduite thérapeutique tenue : Il est classique d'opérer systématiquement et immédiatement les enfoncements de la voûte. Chez ce blessé, l'état local et général étaient tels que toute thérapeutique immédiate fut abandonnée : le blessé fut opéré secondairement et le résultat fut excellent néanmoins.

## SYPHILIS DU MAXILLAIRE INFERIEUR AYANT SIMULE UNE OSTEITE BACILLAIRE

(*Société Sc. Médicales*, 4 janvier 1928, in *Lyon Méd.*, 6 mai 1928.)

Présentation de l'observation d'une malade ayant subi préalablement 2 interventions importantes pour une ostéite du maxillaire inférieur et chez laquelle un traitement d'épreuve (iodure de potassium et 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure à 0,01) détermina en 15 jours une guérison locale des plus rapides avec disparition de la température, amélioration de l'état général et fermeture des fistules rebelles qu'elle présentait depuis plus de deux ans.

Si le traitement chirurgical pratiqué à deux reprises chez cette malade fut peut-être utile du fait de l'étendue des lésions et des infec-

tions secondaires, il n'en est pas moins vrai qu'il y eut une erreur de diagnostic. Sans doute, il existait trois fausses couches antérieures, mais la malade niait tout antécédent spécifique et, par contre, on relevait de nombreux antécédents bacillaires héréditaires et personnels qui s'accordaient fort bien avec les adénites cervicales fistulisées et l'ostéite maxillaire.

La syphilis du maxillaire inférieur est d'ailleurs peu connue : dans un article « A propos de la syphilis du maxillaire inférieur », MM. Pollosson et Dechaume (in *Lyon Médical*, 19 juin 1927) insistent sur ce fait; ces auteurs ont également présenté à cette même Société (16 février 1927), un cas de syphilis du maxillaire inférieur simulant un ostéo-sarcome. Quand on pense à l'intérêt de tels diagnostics et de leurs conséquences thérapeutiques, on ne saurait trop insister sur les erreurs possibles : l'observation que nous présentons et où tant de faits plaidaient pour l'ostéite bacillaire du maxillaire en est également une nouvelle preuve.

## DE LA THORACECTOMIE ETENDUE SEUL TRAITEMENT DES FISTULES PLEURALES REBELLES

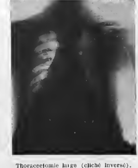
(In *Presse Méd.*, 19 sept. 1925.)

Dans cet article, après avoir rappelé l'historique de la question, nous publions des observations inédites de fistules pleurales rebelles ayant subi sans résultat de nombreuses opérations itératives et qui furent guéries définitivement par de larges thoracectomies (7 ou 8 côtes). Des radiographies illustrent ces observations.

Les chirurgiens connaissent tous les difficultés du traitement de l'empyème chronique. Tous savent que, à côté des cas simples et récents (fistules consécutives à des pleurotomies mal situées, suppuration entretenues par de l'ostéite costale, par des corps étrangers, projectiles ou drains) où l'on obtient des succès à peu de frais relativement, il y a des cas aussi préoccupants pour les malades que pour les chirurgiens. Nous voulons parler de ces vieux empyèmes fistuleux que des interventions itératives, tentées ordinairement par des opérateurs successifs, n'ont pu guérir. Le jour où on se décide, après un inventaire soigneux des lésions, à pratiquer une large intervention, on est surpris de l'im-

portance des désordres anatomiques et on comprend que les formules thérapeutiques moyennes utilisées jusqu'alors aient pu être insuffisantes : on peut voir, en effet, la fistule bas située donner accès par un trajet court et direct dans une vaste cavité d'empyème à parois épaisses, ce qui représente le type classique, celui que nous avons rencontré dans l'observation I, mais il arrive aussi que la fistule ne conduise qu'indirectement à la poche pleurale par l'intermédiaire d'un long défilé tortueux, la poche elle-même occupant les parties hautes de l'hémithorax et offrant une topographie irrégulière avec des diverticules et des anfractuosités. Nous passons sur l'importance de la pachypleurite et des réactions pariétales, osseuses et musculaires. Ce sont là les fistules pleurales rebelles par excellence et la deuxième observation rapportée dans notre article en est un bel exemple.


Injection de Lipiodol dans la fistule pleurale.


Thoracectomie large (cliché inversé).

C'est, en somme, par une thoracectomie large (7 côtes dans 1 cas, 8 dans l'autre) que l'on est venu à bout de ces deux fistules rebelles. L'intervention avait été précédée de quelques manœuvres destinées à perfectionner la vieille opération de Gayet-Estlander. La conduite tenue dans les 2 cas peut se schématiser ainsi :

1° Exploration radiologique approfondie de l'empyème. Nous insistons sur l'importance de la radiographie après injection de substance

opaque dans le trajet (collargol, bismuth et surtout lipiodol). Ainsi ont été recueillies chez notre deuxième malade des indications précieuses sur la topographie des lésions. Elles ont expliqué les cinq échecs successifs donnés par des interventions limitées aux parties basses du trajet et il est apparu que le succès ne pourrait être obtenu qu'en atteignant la poche haut située. La connaissance approfondie de l'étendue des désordres et la certitude qu'ils ne guériront pas par des moyens plus simples, donnent les garanties nécessaires pour oser conseiller et entreprendre d'aussi vastes interventions que celles que nous préconisons.

2° Désinfection préalable de la poche par drainage placé au point déclive, par des lavages ou par l'irrigation discontinue, comme l'ont préconisé Depage, Tuffier, Bérard et Dunet pour les infections pleurales. La vaccinothérapie peut être utilisée concurremment.

3° Thoracectomie très large mettant à nu complètement la fistule et la poche avec tous ses prolongements. Il est capital d'exécuter ce temps avec toute l'ampleur nécessaire pour dépasser les lésions, et cela ne va pas toujours sans difficultés. On se heurte à une paroi thoracique que des interventions réitérées, faites en milieu septique et suivies de régénération osseuse désordonnée, ont transformée en un plastron ostéo-fibreux continu. L'ensemble rappelle les ankyloses cerclées du thorax décrites par Bérard et Dunet après les traumatismes de guerre. Il faut avoir opéré des fistules pleurales rebelles très anciennes pour connaître la peine avec laquelle on se fraye passage jusqu'à l'empyème. On est réduit à exciser d'un bloc squelette, muscles intercostaux et plèvre pariétale, et ce n'est qu'à la périphérie de ce bloc que les résections costales peuvent se faire typiquement.

Au cours de ce temps pariétal, il importe de ménager, dans la mesure du possible, les muscles larges de la paroi (grand dorsal, grand dentelé, grand pectoral) qui contribueront à combler la brèche ouverte dans le thorax.

4° Cette brèche, complètement mise à jour par un désossement qui en dépasse largement les limites, est régularisée. On poursuit les diverticules pleuraux, les berges sont taillées en pente douce et pour terminer on recourbe dans la cavité les lambeaux musculaires conservés et on ferme sur un bon drainage.

Par son esprit et sa technique, cette intervention rappelle la chirurgie des vieilles ostéomyélites fistulisées : recherche, ouverture large et mise à plat des cavités séquestrales, obturation des cavités avec des lambeaux musculaires pédiculés.

On peut objecter à ces vastes thoracectomies l'annulation définitive du poumon que l'opération de Delorme éviterait peut-être. On a pu dire en effet que, si dans les deux méthodes, la proportion des succès et des échecs était égale, la qualité des guérisons était meilleure dans la deuxième que dans la première. L'argument est appréciable, mais nous croyons que les indications des deux méthodes ne sont pas les mêmes et nous pensons que dans des cas comme les deux nôtres, comme celui auquel nous faisions allusion plus haut, la pleurectomie viscérale n'était pas exécutable.

A ce point de vue, deux grands facteurs interviennent : la nature de l'empyème et son ancienneté.

C'est ainsi que Roux-Berger convient que la décortication n'est pas applicable aux vieux épanchements pleuraux de nature médicale.

Le second facteur, celui de l'âge des lésions, est peut-être plus important encore. Il suffit de se reporter aux statistiques publiées par Tuffier, Tuffier et Janssen pour voir que la majorité des cas où la pleurectomie totale fut possible dataient de quelques mois.

D'ailleurs, il faut bien dire que les auteurs adonnés à cette chirurgie, Delorme en tête, insitent sur l'intérêt majeur qu'il y a à intervenir de bonne heure dans ces cas, si l'on tient à rencontrer des conditions anatomiques favorables à une opération physiologique. Il est bien certain que la qualité des résultats se ressent de la précocité de l'intervention.

En toute éventualité, on ne saurait soutenir que les indications des deux méthodes, la décortication et la thoracectomie, se confondent, et dans des cas comme les nôtres, vieux empyèmes fistuleux consécutifs à des affections médicales, rebelles à plusieurs opérations partielles, les préférences du chirurgien doivent aller à l'opération plastique type Gayet-Estlander-Schede.

Est-il exact enfin d'affirmer que la gravité de ces thoracectomies larges soit toujours excessive et conclure à la nécessité d'opérer toujours

en plusieurs temps ? Sans vouloir trancher le débat, nous rappellerons seulement que, dans nos deux cas, de vastes désossements emportant près d'un mètre de côtes furent réalisés en un temps et parfaitement supportés. Peut-être même pourrait-on soutenir que le but d'effacement de la cavité pleurale est mieux atteint ainsi que par les résections successives. Il ne semble pas, en définitive, qu'il faille s'enfermer ici dans des formules numériques conventionnelles. La conduite à tenir à ce point de vue dépend de la perfection avec laquelle on a pu faire la désinfection préopératoire de l'empyème et dépend aussi de la résistance générale du sujet.

## DE L'UTILISATION DES GREFFES GRAISSEUSES POUR L'OBLITERATION IMMEDIATE DES BRECHES PLEURALES OPERATOIRES

(*Société Sc. Méd.*, 6 juin 1929, in *Lyon Méd.*, 16 déc. 1929.)

Ayant eu l'occasion d'utiliser une greffe graisseuse totale pour oblitérer de suite une brèche pleurale réalisée au cours d'une résection costale pour ostéite fistulisée avec mastite bacillaire, nous croyons devoir préconiser cette simple méthode.

En effet, l'apparition d'une brèche pleurale opératoire avec pneumothorax n'est certes pas considérée comme un accident bien redoutable. Cependant, son oblitération est parfois difficile : les points placés directement sur la plèvre déchirent et agrandissent l'ouverture au lieu de la diminuer. Aussi, souvent a-t-on recours à la paroi musculaire, mais il arrive (et c'était le cas dans notre observation) que celle-ci, soit du fait de son insuffisance, soit du fait de son infection, ne peut être utilisée.

Or, en ces cas, la greffe graisseuse totale est facile à prélever, facile à utiliser. Absolument comme « du mastic », on peut l'étaler, la modeler devant la brèche pleurale et l'aspiration créée par le pneumothorax lui permet de s'appliquer exactement en réalisant une fermeture hermétique.

### A PROPOS D'UN « CYSTO-SARCOME » DU SEIN

(*Soc. Nat de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925, in *Lyon Méd.*, 8 nov. 1925)

Présentation d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant dont la coupe macroscopique révèle de multiples cavités kystiques remplies de liquide jaunâtre avec des végétations volumineuses irrégulières de consistance mollasse et tremblotantes comme de la gelée. Le développement avait été très rapide, de sorte que l'on pratiqua une amputation du sein avec, par prudence, un large curage de l'aisselle.

En réalité, si macroscopiquement, cet aspect correspondait au cysto-sarcome du sein, histologiquement l'examen précisa que les cellules du stroma présentaient un caractère douteux de malignité et qu'il s'agissait d'une tumeur à développement très rapide, mais restant dans les limites de la bénignité : fibro-adénome à stroma très végétant.

### ADENO-FIBROME BILATERAL DU SEIN

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 4 juin 1925, in *Lyon Méd.*, nov. 1925.)

La malade, porteuse de cette lésion, avait, par ailleurs, une division totale du voile du palais avec dédoublement de la luette.

Elle présentait des adénofibromes du sein au niveau des deux glandes, mais l'intérêt de la publication réside en ce fait que l'examen histologique pratiqué sur ces tumeurs bénignes enlevées fut différent : au niveau du sein droit il s'agissait d'un adénofibrome tubulaire végétant; au niveau du sein gauche, où avaient eu lieu pendant un mois des massages intempestifs, il s'agissait, par contre, d'un adénofibrome intracanaliculaire impliquant ainsi une nuance de bénignité moindre de ce côté.

# MEMBRE SUPÉRIEUR

### TUMEUR RECIDIVEE DE L'AISSELLE ET DU BRAS GAUCHE DESARTICULATION DE L'EPAULE — EXAMEN HISTOLOGIQUE IMPRECIS

(*Soc. Nat. Méd. et des Sc. Méd.*, 25 juin 1924, in *Lyon Méd.*, 7 déc. 1924, page 744.)

Une femme de 66 ans ayant déjà subi 10 mois auparavant une intervention locale large pour une tumeur (?) de l'aisselle revient avec un blindage dur et diffus de la région axillaire bloquant l'épaule et lui occasionnant des douleurs et un énorme œdème du bras. La réaction de Wassermann est négative, le traitement d'épreuve ne donne aucun résultat. On pense par suite à un sarcome et l'on pratique une désarticulation de l'épaule.

L'examen de la pièce montre seulement un tissu lardacé englobant le paquet vasculo-nerveux comprimé et adhérent à l'os. L'examen histologique, malgré des coupes répétées, ne montre que des lésions inflammatoires banales, de sorte qu'il nous est impossible de préciser le diagnostic.

Tout l'intérêt de cette observation réside donc en ce fait qu'il existe certaines lésions ou non seulement la clinique mais encore l'examen histologique sont impuissants à formuler un diagnostic certain.

### RESECTION DE L'ACROMION POUR OSTEITE BONS RESULTATS FONCTIONNELS

(*Soc. des Sciences Médicales*, 17 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 29 mars 1925.)

La présentation de ce malade a surtout pour but de montrer que la résection de l'acromion est une intervention facile et bénigne et qui donne d'excellents résultats sans troubles fonctionnels du côté des mouvements de l'épaule et du bras, ainsi que l'avait déjà noté dans sa thèse Clarion (*Th. Lyon*, 1904).

### EXOSTOSE DE L'OMOPLATE

(*Sté Sc. Méd.*, 7 nov. 1928, in *Lyon Méd.*, février 1929, p. 166.)

Présentation d'un jeune garçon de 7 ans porteur d'une exostose ostéogénique de l'omoplate gauche du volume d'une mandarine et détachant l'omoplate en « scapula alata ». La radiographie montrait une image d'exostose massive sessile paraissant sortir d'un orifice à l'emporte-pièce creusé dans le milieu de la fosse sous-épineuse. Il n'existait pas d'autres exostoses.

L'ablation de cette tumeur fut facile et la reconstitution des plans musculaires particulièrement soignée au cours de l'intervention, ce qui conditionne peut-être l'excellent résultat fonctionnel obtenu.

### FRACTURE DU COL DE L'OMOPLATE

(*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd.*, 24 juin 1925, in *Lyon Méd.*, 20 déc. 1925.)

Il s'agissait, ainsi que le précise une radiographie, d'une fracture très rare de l'omoplate : une fracture du col anatomique, détachant la cavité glénoïde qui demeurait intacte, sans fissure, ni écrasement. La malade étant âgée de 69 ans, aucune thérapeutique chirurgicale active ne fut utilisée et cependant le résultat éloigné fonctionnel fut excellent.

### FRACTURES DE L'OLECRANE TRAITEES PAR OSTEOSYNTHESE

(*Soc. Nat. Méd. et des Sciences Méd*, 17 juin 1925, in *Lyon Méd.*, 6 déc. 1925.)

Nous avons présenté deux blessés avec leurs radiographies dont la fracture de l'olécrane fut traitée par le cerclage au catgut des tissus fibreux periolécraniens. Dans un cas, une fracture associée de la tête radiale nécessita en outre la résection de cette dernière.

L'ostéosynthèse réalisée chez ces deux blessés par la suture des tissus fibreux périolécraniens constitue un acte opératoire facile et analogue à la suture des ailerons pour le traitement des fractures transversales de la rotule (cf. Th. de Seilhan, inspirée par M. Patel, *Th. Lyon*, 1921).

Sehématiquement, les indications opératoires dans les fraetures de l'olécrâne peuvent se résumer ainsi :

I. — *Fracture du bec de l'olécrâne :* simple immobilisation.

II. — *Fracture de la partie moyenne de l'olécrâne :* eerclage au eatgut s'il existe du déplaeement (ee fut le eas des deux opérés présentés).

III. — *Fracture de la base de l'olécrâne* (avee trait empiètant sur la diaphyse) : ostéosynthèse avec une petite plaque ou vis embrochant les fragments.

### LUXATIONS RARES DU COUDE ET LUXATION DU COUDE IRREDUCTIBLE

(*Soc. Chir.*, 22 nov. 1923, in *Lyon Chirurgical*, 1924, t. XXI.)

Nous avons présenté des maades et des radiographies appartenant à trois variétés rares de luxation du eoude chez l'adulte.

1° *Luxation du coude en dehors*, avec arrachement parcellaire d'un fragment de la tête radiale. — Cette luxation ne peut être réduite, peut-être en raison de l'interposition de la parcelle osseuse. L'anesthésie étant contre-indiquée pour des raisons de santé générale, le seul traitement pratiqué après échec de la réduction fut la mobilisation. Au bout d'un an, le résultat fonctionnel est satisfaisant, la malade se sert bien de son membre qui accomplit des mouvements de flexion, d'extension et de prosupination étendus, mais il persiste une déformation considérable.

2° *Subluxation du coude en dedans.* — Cette variété rare, qui a été bien étudiée par Patel et Badin (Badin, *Thèse de Lyon*, 1921), est d'un diagnostic particulièrement difficile en raison de l'absence des signes cliniques fondamentaux de la luxation du coude, l'ascension de l'olécrâne et la perception de la capsule radiale déshabitée. Comme on le voit sur les radiographies, le rebord externe de la grande cavité sigmoïde du cubitus est venue se mettre en rapport avec le bord interne de la trochlée humérale, et la capsule radiale se trouve en rapport avec cette trochlée elle-même. Le membre était en *cubitus varus* et la distance épitrochléo-olécrânienne très réduite.

La réduction fut pratiquée sous anesthésie, l'avant-bras fléchi par propulsion directe de l'olécrâne en dehors ; mais la déformation se reproduisait dès que l'avant-bras était ramené en extension. Après réduction, le coude fut immobilisé en flexion pendant neuf jours. Sept mois plus tard, on constate que la luxation est bien réduite, mais que la flexion ne dépasse guère l'angle droit et que la prosupination est presque complètement abolie. La cause en est un ostéome visible à

la radiographie et perceptible à la palpation, dans le pli du coude, immédiatement en debors de l'artère humérale. Son point de départ paraît être un petit fragment osseux arraché à la trochlée humérale dont on se propose l'ablation.

3° *Luxation en arrière* primitivement irréductible par *interposition fibreuse.* — Après échec des manœuvres de réduction, on pratiqua une longue incision d'arthrotomie suivant les deux lignes supérieures de la baïonnette d'Ollier, mais remontant en haut jusqu'au point de croisement du bord externe de l'humérus par le nerf radial. Grâce à l'étendue de l'incision, on a un jour très clair sur l'intérieur de l'article et l'on découvre facilement entre les surfaces articulaires l'interposition d'une lamelle fibreuse, d'un centimètre carré environ, qui est excisée. Une traction exécutée par un aide sur l'avant-bras réduit alors immédiatement le déplacement. Suture exclusivement cutanée, petit drain, immobilisation pendant neuf jours, récupération rapide des mouvements.

L'arthrotomie, en pareil cas, se fait au travers des tissus œdématiés et contusionnés par les tentatives préalables de réduction ; d'où l'indication de pratiquer une longue incision, de ne pas employer la rugine, de réduire les manœuvres intra-articulaires à l'excision de l'interposition et peut-être de ne pas suturer la capsule, ce qui n'a pas semblé, dans ce cas particulier, avoir eu d'inconvénient pour la solidité ultérieure de l'articulation.

---

# MEMBRE INFÉRIEUR

## OSTEOME D'ORIGINE TRAUMATIQUE PEDICULE SUR L'EPINE ILIAQUE ANTERO-SUPERIEURE

(*Société des Sciences Médicales*, 1er avril 1925, in *Lyon Méd.*, 20 sept. 1925.)

Simple présentation de radiographie et de pièce d'un ostéome du volume d'un gros œuf dont l'origine traumatique était particulièrement nette dans cette observation.

## UN CORPS ETRANGER DU MENISQUE INTERNE DU GENOU SIMULANT UNE LUXATION MENISCALE

(*Lyon Méd.*, 1925, t. CXXXV, p. 546.)

Cette observation a été publiée à titre de simple curiosité : elle montre l'impotence considérable résultant d'une lésion méniscale superficielle par simple irritation de contact : l'ablation du ménisque dut être pratiquée pour obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant.

## DE L'INTERVENTION PRECOCE DANS LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE ET PARA-ARTICULAIRE DU GENOU

(*Mémoire remis au Comité médico-chirurgical des Hospices civils de Lyon pour l'obtention du prix « Bouchet », Chirurgie, année* 1926.)

Dans ce travail, nous avons tout particulièrement étudié les diverses interventions conservatrices dans la tuberculose articulaire et para-articulaire du genou : la synovectomie, la phénopuncture de Mencière et surtout la méthode de Vignard avec évidement et plombage des épiphyses ainsi que le procédé de Robertson-Lavalle utilisant les greffes osseuses.

Pour la tuberculose juxta-articulaire (cf. *Th.* de Yovanovitch, Lyon, 1922; article de Fouilloud-Buyat, in *Rev. Orthopédie*, 1924; travaux de la Clinique de chirurgie infantile de Lyon), nous avons insisté sur la nécessité d'une radiographie précise démontrant la localisation unique de la lésion épiphysaire, et nous avons signalé à nouveau le danger articulaire qui, même dans les cas paraissant très favorables, est toujours à craindre (mise en plâtre post-opératoire de longue durée).

Nous avons ensuite estimé la valeur de ces méthodes en nous basant sur les statistiques publiées et sur de jeunes malades que nous avons examinés personnellement. L'indication de ces méthodes se discute, d'une part, avec le traitement médical et orthopédique chez l'enfant et, d'autre part, avec la résection chez l'adulte. Nous pensons, d'après les résultats connus, que cette chirurgie conservatrice, particulièrement les méthodes de Vignard et de Robertson Lavalle et les évidements dans les lésions juxta-articulaires ont déjà fait leurs preuves chez l'enfant et tendent même à empiéter sur la chirurgie de l'adolescent et de l'adulte, lorsque les lésions locales le permettent et lorsque l'état général et les conditions sociales l'encouragent.

### FRACTURES DE L'APOPHYSE STYLOIDE DU PERONE AVEC DISLOCATION DU GENOU

(*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 12 mars 1924, in *Lyon Chir.*, 1924, t. XXI, p. 513.)

Présentation d'un malade et d'une radiographie présentant une fracture de l'apophyse styloïde du péroné conditionnant une dislocation du genou qui nécessita une capsulorraphie méthodique.

Nous n'insisterons pas ici sur cette intéressante observation, car elle a été le point de départ de l'article original ci-dessous.

### LA FRACTURE DE L'APOPHYSE STYLOIDE DU PERONE ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

V(oir au chap. Anatomie l'étude anatomo-pathologique et expérimentale.)
(In *Rev. Orthopédie*, juillet 1926.)

La lecture attentive des observations publiées montre que la fracture se produit toujours dans les différents mouvements, efforts et attitudes de la jambe qui réalisent les conditions mécaniques que nous

avons précisées au point de vue expérimental. C'est un blessé qui « tombe assis sur sa jambe à demi-fléchie ». C'est le malade de Sjôbery qui retient un tonneau plein en lui opposant la résistance de la face interne de sa jambe. C'est celui de Weir qui, en luttant, avait enroulé sa jambe autour de celle de son adversaire. Ou bien encore, il s'agit d'un cavalier qui tombe la jambe prise en adduction extrême sous le poids de son cheval. Dans ces conditions, si l'apophyse styloïde se fracture, le fragment stylien est entraîné plus ou moins haut par le biceps (6 centimètres dans un cas de Pierson). Mais, nous le répétons, c'est le désordre articulaire beaucoup plus que la lésion osseuse qui caractérise cette variété de fracture. L'observation suivante que nous avons rapportée le 21 février 1924 à la Société de Chirurgie de Lyon, illustre cette donnée essentielle.

Il s'agit d'un homme qui, en chargeant une chaudière, glissa sur le carrelage de l'usine. Il fait à ce moment un violent effort d'extension de la jambe droite, à la fois pour se retenir dans sa chute et pour éviter de heurter la porte de la chaudière restée ouverte. Il tombe néanmoins sur sa jambe droite qui porte sur le sol par son bord externe. Une violente douleur lui fait perdre connaissance. A l'arrivée à l'hôpital : pas d'œdème notable de la jambe. Vive douleur à la palpation de la tête du péroné. Le doigt pénètre à ce niveau dans une dépression limitée en haut par un fragment osseux mobilisable dans le sens antéro-postérieur, mais non de haut en bas.

Gros épanchement : choc rotulien très net.

Mobilité latérale considérable du genou. La jambe peut être mise en *genu varum* accentué. Légère mobilité en tiroir du tibia sur les condyles.

Troubles sensitifs dans le domaine du sciatique, poplité externe (anesthésie légère).

Impotence fonctionnelle absolue. La radiographie montre une fracture de la styloïde du péroné reportée à 3 cm. en haut en arrière de la tête.

*Intervention le* 11 *décembre* 1923. — Arthrotomie longitudinale externe. On constate :

1° Une déchirure étendue, irrégulière, transversale de la capsule ;

2° Le faible volume du fragment supérieur qui rend impossible tout procédé d'ostéo-synthèse métallique ;

3° L'intégrité de l'articulation péronéo-tibiale.

On fait une capsulorraphie, rendue difficile du fait que la capsule est déchirée presque au ras du rebord tibial.

Puis on s'efforce de rapprocher la styloïde péronière du reste de l'os par des points en U au catgut prenant point d'apui sur le tendon du biceps d'une part, les expansions du ligament latéral externe et les aponévroses voisines d'autre part.

A noter que, dans les mouvements imprimés à l'articulation pendant l'intervention, on a l'impression d'une dislocation du genou par rupture des ligaments croisés, mais ceux-ci n'ont pas été vérifiés.

Immobilisation plâtrée en *genu valgum*.

Suites opératoires simples.

17 *janvier* 1924. — On enlève la gouttière plâtrée et les fils. Il ne persiste qu'une légère mobilité latérale. Ni anesthésie, ni douleur dans le domaine du sciatique poplité externe. Flexion du genou presque normale. Une radiographie montre que la juxtaposition des fragments osseux est satisfaisante.

1er *février* 1924. — Le malade se lève et marche facilement. On lui impose pendant quelque temps le port d'une genouillère orthopédique.

Ce résultat opératoire nous permet de dire, contrairement à ce que nous avions cru tout d'abord, que les lésions des ligaments ronds ont dû être minimes ou inexistantes. Mais elles peuvent exister. Nous les avons relevées sur une pièce nécropsique. Il s'agissait d'un violent traumatisme par accident de chemin de fer ayant déterminé la mort par d'autres lésions. Aucune plaie n'existait au niveau du genou ; le genu varum seul attirait l'attention. Or, en disséquant cette pièce, nous avons relevé les lésions caractéristiques de la variété de fracture qui nous occupe.

Dimensions minimes du fragment stylien entraîné en haut par le biceps.

Déchirure de la capsule permettant le genu varum.

Intégrité macroscopique tout au moins du nerf sciatique poplité externe.

Ce sont là les trois éléments qui donnent à la fracture de l'apophyse styloïde du péroné son entité anatomique et clinique. Ils commandent le choix de la thérapeutique dont la lésion est justiciable.

### Thérapeutique

La fracture de l'apophyse styloïde du péroné n'est pas la lésion minime qu'elle paraît être sur une épreuve radiographique. Elle traduit un désordre articulaire considérable auquel doit s'adresser avant tout la thérapeutique chirurgicale. La *capsulorraphie* soigneuse sera souvent difficile. Elle est, à notre avis, le *temps essentiel* d'une intervention qui s'impose.

Si la fracture est vraiment de la variété stylienne, nous croyons inutile, pour les raisons anatomiques que nous avons indiquées, de vérifier au cours de l'intervention l'état du nerf sciatique poplité externe, même si des troubles cliniques ont été relevés dans son territoire. Il s'agit de phénomènes transitoires ne relevant pas d'une lésion directe du tronc nerveux ; celui-ci ne risque pas non plus d'être englobé dans le cal ultérieurement.

Quant au fragment stylien lui-même, ses faibles dimensions rendront le plus souvent toute ostéo-synthèse impossible. On pourra, comme nous l'avons fait, par des points en U abaissant le tendon du biceps, amener la styloïde au contact de la tête du péroné. Il nous paraît inutile de recourir à l'allongement du tendon du biceps pour obtenir la coaptation exacte des fragments osseux.

D'ailleurs, *nous le répétons* encore, ce qui domine la scène, ce n'est pas la lésion osseuse, c'est le désordre articulaire. Le temps essentiel de l'intervention n'est pas celui de la coaptation des fragments osseux, c'est celui de la restauration articulaire.

## INSTRUMENTATION ET TECHNIQUE DE L'OSTEOSYNTHESE DANS LES FRACTURES DIAPHYSAIRES

(In *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1925.)

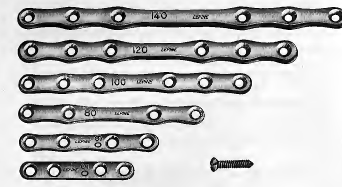
Avec les grands progrès réalisés ces dernières années, particulièrement depuis la guerre, l'ostéosynthèse s'est vulgarisée. En même temps, tout un arsenal instrumental est apparu et toute une série de daviers, de plaques, de vis, de tournevis, de mèches, etc., existent et subsistent dans le commerce.

Nous voulons simplement décrire ici l'instrumentation simplifiée, mais précise, à laquelle a recours notre maître, M. le Professeur Patel, et c'est en insistant parfois sur de petits détails qui en justifient le choix que nous étudierons successivement :

Les plaques ; les appareils de réduction ; les instruments destinés à la confection du trajet de la vis.

I. — Les Plaques

Elles doivent être rigides, très solides et avoir des trous peu nombreux et tous du même calibre. En outre, elles seront longues, *étroites* et plates ou très légèrement creusées, afin de mieux s'appliquer sur l'os. On rejettera les plaques larges en gouttière, du type Lambotte, par




Plaques de Lane.

exemple, qui, trop bombées, forment un espace mort favorable à l'infection et qui, par leurs bords aigus fortement appliqués sur l'os, y provoquent de l'ischémie mécanique nuisible au cal. La meilleure nous paraît être *la plaque de Lane*, légèrement modifiée par M. Patel. Elle est en acier doux non trempé. Il faut six longueurs différentes : 140 millimètres. 120 et 100 avec 6 trous; de plus petites : 80 millimètres, 60, 50 et 45 millimètres, avec seulement 4 trous. La largeur est uniforme : 10 millimètres; l'épaisseur uniforme également : 3 millimètres.

Les trous (6 ou 4) sont répartis par moitié à l'extrémité de la plaque, afin que les vis soient aussi loin que possible du foyer de fracture. Ces trous sont gros (3 millimètres de diamètre ou même légèrement plus), afin de recevoir des vis rares, grosses et solides. Il n'existe qu'une seule largeur de trous correspondant à un seul diamètre de vis, ce qui

simplifie beaucoup et convient pourtant à tous les cas. Les orifices sont fraisés pour recevoir les vis dont les tête sont également fraisées sur leur face inférieure.

Enfin, dans certains cas, c'est-à-dire dans le cas de fractures épiphysaires ou de guerre, ces plaques pourront être modelées par une pince spéciale, très forte, tel, par exemple, le modeleur de plaques d'Heitz-Boyer, mais cette manœuvre est rarement utile dans les fractures simples et les fractures diaphysaires : il vaut mieux une plaque rigide et solidement fixée qu'une plaque épousant mieux, sans doute, la forme de l'os, mais susceptible de fléchir ou de se briser.

Ou bien on pourra employer des plaques de formes diverses en L, en T, en Y, que l'on pourra ou non modeler.

*Les vis.* — Les vis utilisées sont celles de Shermann et auront les caractéristiques suivantes : *le corps,* d'un diamètre relativement gros et unique : 3 millimètres, quelle que soit la plaque et quel que soit l'os. Seule, la longueur change suivant le volume de l'os considéré ; trois longueurs différentes suffisent : les grandes ont 20 millimètres de long (fémur, tibia) ; les moyennes, 16 millimètres; les petites, 12 millimètres (radius, par exemple). Le pas, comme le diamètre, quelle que soit la longueur, est identique : on adoptera le pas de 100, c'est-à-dire 10 tours de spire pour 10 millimètres de longueur.

*La tête* de la vis présente une face supérieure à peine bombée et une face inférieure fraisée qui s'encastre dans la fraisure correspondante de la plaque : ainsi, la vis fait à peine saillie au-dessus de la plaque, diminuant les dangers d'ulcération de la peau. Au centre de la rainure, elle présente un petit trou borgne dans lequel s'engagera la pointe correspondante du tournevis de Shermann, assurant une meilleure prise pour le vissage et évitant le dérapage du tournevis.

*La pointe* est en forme de cône non fileté avec deux petites rainures verticales. Cette pointe guide le corps de la vis, mais ne saurait remplir l'office de foret : le trou destiné à la vis doit être uniquement pratiqué et fileté par des instruments spéciaux que nous étudierons plus loin.

*Le tournevis.* — Celui de Shermann est très pratique. Il supprime l'emploi de la pince porte-vis, grâce à ses deux « mordaches » qui assu-

rent la prise au-dessous de la tête et maintiennent la vis au tournevis. Le vissage des derniers tours, souvent très dur, sera assuré par un gros tournevis ordinaire. De cette façon, le vissage s'effectuera de manière aisée et rapide.

### II. — Appareils de réduction

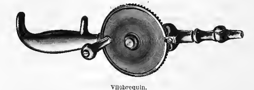
La réduction et le maintien de la réduction de la fracture avec la plaque posée sur l'os seront assurés essentiellement par l'emploi des crochets de Lambotte et du davier d'Heitz-Boyer. Pour *la réduction,* l'emploi du tracteur pour le membre inférieur est souvent inutile : il suffira de renverser le malade en position de Trendelenburg et de le maintenir suspendu par une bande placée au niveau des malléoles, le poids même du malade amenant une traction continue et suffisante. Toutefois, l'emploi d'un tracteur tel que celui de Lambotte pourra faciliter la réduction dans le cas de fracture du tibia datant de quelques jours ou de certaines fractures du fémur. De même, la mise en traction rend souvent inutile l'emploi de réducteur, tel que le réducteur-fixateur de Heitz-Boyer. Ce dernier remarquablement étudié au point de vue mécanique complète et maintient la réduction en fixant la plaque contre l'os.

### III. — Instruments destinés a la confection du trajet de la vis

Ce temps est un des plus importants de l'ostéosynthèse, capital même si l'on veut avoir des vis tenant bien. Le tissu osseux étant à la fois dur et cassant, il faudra prendre des précautions si l'on veut avoir un trou dans lequel la vis s'adapte exactement. Il faut rejeter définitivement tous les instruments qui mâchent l'os et en particulier le foret triangulaire ; cet instrument prépare un trou trop grand ou trop petit dans lequel la vis s'adapte toujours mal. Il faut, au contraire, l'emploi systématique et successif de la mèche américaine et du taraud, convenablement calibrés par rapport à la vis. C'est pourquoi, pour réduire le matériel, on emploiera des vis d'un seul diamètre et qui conviendront cependant dans tous les cas.

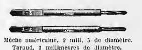
*Le foret* ou *mèche américaine* sera adapté soit au trépan de Doyen, c'est-à-dire le vilebrequin ordinaire, soit, ce qui est mieux, au perforateur à engrenage, comme le montre la figure ci-contre. La mèche aura

une monture longue de 8 centimètres, afin qu'on ne soit pas gêné par les tissus, si l'on travaille sur un os profond. La longueur de la mèche proprement dite sera réduite au minimum, afin de diminuer les chances de bris : 25 millimètres suffiront, puisque les plus grandes vis ont



Vilebrequin.

20 millimètres. Le diamètre de la mèche sera de 2 mill. 5 ou de 2 mill. 3; en tout cas, toujours plus petit que celui de la vis et sensiblement égal au diamètre de l'âme de la vis, c'est-à-dire le filetage de cette vis étant supposé enlevé. Ainsi, la mèche ne prépare nullement la place même de la vis, elle n'est destinée qu'à pratiquer facilement un trou dans l'os où



Mèche américaine. 2 mill. 5 de diamètre.
Taraud, 3 millimètres de diamètre.

travaillera ensuite le taraud et c'est cet instrument exactement de même forme et de même calibre qui va creuser le trajet définitif et convenablement fileté.

*Le taraud*, dont on voit le rôle capital, aura également une monture longue de 8 centimètres, dont la partie supérieure aplatie s'adaptera comme la mèche dans un vilebrequin, ce qui vaut mieux que le taraud muni d'une manette et manœuvré comme une percerette. La longueur de la partie filetée ou taraud proprement dit, sera de 25 millimètres. Le diamètre sera celui de la vis, cest-à-dire 3 millimètres au pas de 100. Ou bien le diamètre pourra être légèrement plus petit, 2 mill. 8. Il est du type mi-conique, c'est-à-dire du type intermédiaire, le second des trois tarauds que passe méthodiquement l'ouvrier qui veut

fixer de façon convenable une vis dans un corps dur. En effet, la vis du menuisier qui pénètre facilement, se créant elle-même son chemin dans une planche de sapin, a trop souvent servi de comparaison. Une lame diaphysaire osseuse présente une dureté toute autre et il nous semble que le mode qu'emploie le métallurgiste ou l'ouvrier marbrier pour placer une vis est autrement instructif. Toutefois, l'os n'ayant pas la dureté du métal, l'emploi d'un seul taraud est suffisant.

L'emploi de ces deux instruments, loin d'être une complication, en permettant de placer toujours et du premier coup une vis qui tient, est encore une simplification aboutissant à la correction de l'intervention.

*En résumé*, voici les instruments nécessaires :

1° Des plaques de Lane, une seule largeur et épaisseur. Six longueurs différentes.

2° Des vis de Shermann, un seul diamètre de 3 millimètres, avec trois longueurs différentes.

3° Un tournevis de Shermann. Un tournevis ordinaire.

4° Davier d'Heitz-Boyer (deux modèles : un grand et un petit).

5° Deux crochets de Lambotte.

6° Des mèches américaines, de 2 mill. 5 de diamètre.

7° Des tarauds de 3 millimètres de diamètre ou 2 mill. 8.

Les mèches et tarauds s'adaptent à un vilebrequin.

### Technique

Cette simplification et cette précision instrumentale permettent une technique rapide, facile et correcte. Prenons le cas de la fracture spiroïde du tibia, type Gosselin, comme exemple. Les instruments précédemment décrits : plaque longue de 120 millimètres, vis, daviers, mèches, tarauds, sont dans le plateau. Une bonne anesthésie (générale ou rachianesthésie) obtient la résolution complète. La table est renversée (formant angle de 45° environ) de façon à ce que le poids même du blessé, mis ainsi en position de Trendelenburg, détermine une traction, un étrier ou une simple bande maintenant solidement le pied à l'extrémité de la table d'opération. L'opérateur se met du côté opposé à la fracture ; une longue incision est faite sur la face externe du tibia.

A ce moment, la plaque, qui doit être longue de 120 millimètres, est placée sur l'os qui est dénudé juste autant qu'il le faut pour glisser cette plaque *étroite ;* le davier d'Heitz-Boyer la maintient également.

Le temps opératoire le plus important commence dès lors. La mèche américaine et le taraud sont montés tout prêts sur le vilebrequin du trépan. On commencera par une extrémité. La mèche américaine, tenue bien à droite, creuse facilement le trou, on sent nettement quand a lieu la traversée de la lame osseuse et la pénétration de la mèche dans le canal médullaire. On s'arrête aussitôt. Le taraud est alors employé, on le place sans appuyer dans le trou préalablement foré par la mèche et on tourne lentement quelques tours dans un sens puis dans l'autre. Il n'a, en effet, que le but primordial de créer le pas de vis dans la dure lame osseuse.

Ceci fait, la vis, dont nous avons parlé, toute montée sur le tourne-vis de Shermann, est mise avec la plus grande facilité. Nous l'avons toujours vue *mordre et tenir parfaitement*. Elle sera *bloquée.*

Ces différentes manœuvres se répètent pour les quatre ou six vis qui sont placées. Les extrêmes (en haut, puis en bas) sont mises les premières ; plus on se rapproche de l'épiphyse inférieure, plus le travail de la mèche américaine est facile. Ces vis étant ainsi correctement placées, la plaque tient parfaitement, une suture des plans superficiels en un ou deux plans termine rapidement l'intervention.

Ainsi placée, la plaque tient parfaitement, si bien même que M. Patel n'immobilise jamais de tels malades qui n'ont, après l'opération, qu'un simple pansement au leucoplaste. Cette absence de gouttière ou de plâtre permet ainsi la mobilisation immédiate des articulations tibio-tarsiennes et du genou, la position assise de l'opéré, l'absence d'atrophie musculaire, tous avantages qui ont été rapportés ailleurs et qui traduisent bien, du fait même qu'ils sont permis, l'excellence du résultat obtenu par cette instrumentation précise et pourtant simplifiée.

### FRACTURES DU TIBIA TRAITEES PAR OSTEOSYNTHESE SANS IMMOBILISATION PRESENTATION DE MALADES ET DE RADIOGRAPHIES

(*Soc. des Sc. Méd.*, 17 déc. 1924, in *Lyon Méd.*, 29 mars 1925.)

Présentation de 3 blessés atteints de fractures de jambes type Gosselin, traitées par ostéosynthèse sans immobilisation consécutive. Tous trois ont conservé des mouvements complets de la tibio-tarsienne et du genou, se sont levés rapidement après l'intervention et n'ont eu aucun trouble cutané de la jambe.

Ces résultats ont été acquis grâce aux deux faits suivants :

I. — Nécessité d'une ostéosynthèse correcte avec une instrumentation simple et précise (cf. à ce sujet notre article sur l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires).

II. — Absence d'une immobilisation permise par la parfaite ostéosynthèse. Ceci évite tout particulièrement : le séjour prolongé au lit, l'ankylose des articulations voisines, les troubles cutanés sous plâtre, l'atrophie musculaire consécutive.

### FRACTURE DU TIBIA TRAITEES PAR OSTEOSYNTHESE SANS IMMOBILISATION — RESULTATS ELOIGNES CONSOLIDES PRESENTATION DE MALADES ET DE RADIOGRAPHIES

(*Soc. des Sc. Méd.*, 11 mars 1925, in *Lyon Méd.*, 9 août 1925.)

Présentation de 3 résultats éloignés consolidés d'anciens opérés revenus pour faire enlever leur plaque.

Les résultats radiographiques sont absolument parfaits. Cliniquement, il n'y a aucun raccourcissement, aucune atrophie. La marche est absolument normale.

### BACILLOSE DU TARSE ANTERIEUR — AMPUTATION TIBIO-CALCANEENNE

(*Soc. Sciences Médicales*, 21 janvier 1925, in *Lyon Méd.*, 10 mai 1925.)

Cette amputation dite de Ricard avait déjà été décrite par Jaboulay en 1891. Peu employée, elle donne cependant d'excellents résultats : ainsi que le prouve notre présentation, elle présente, en effet, les avantages suivants :

I. — Elle garde le squelette de la jambe intact et laisse un pied solide avec des points d'appuis calcanéens normaux.

II. — Par rapport au Pirogoff, elle est une opération plus simple : elle est peu dangereuse pour les vaisseaux et ne comprend pas de section osseuse.

Surtout, elle permet des mouvements du moignon si les tendons des muscles antérieurs de la jambe ont été suturés aux ligaments plantaires et gardent leur contractilité.

III. — La suppression de l'astragale permet enfin un minimum de revêtement cutané.

### PIEDS CREUX ET MALFORMATIONS CONGENITALES

(*Soc. Chir.*, 24 mai 1923, in *Lyon Chir.*, 1923, t. XX.)

Chez un malade de 34 ans, dont on dut amputer le petit orteil pour un durillon infecté, consécutif à la déformation en marteau, on constata que tous les orteils des deux pieds présentaient cette même déformation en griffe, et que les deux voûtes plantaires étaient anormalement excavées avec un léger degré d'adduction des métatarsiens. La marche était assez difficile, et le malade souffrait de métatarsalgie. Cette gêne et ces phénomènes douloureux ne sont apparus qu'à l'âge de 15 ans ; mais, auparavant, le malade avait déjà remarqué qu'il avait de la peine à se servir de chaussures toutes faites. Un examen plus complet permit de soupçonner que l'origine de ces pieds creux était probablement congénitale ou datant de la toute première enfance.

Le membre supérieur droit présentait, en effet, une anomalie constituée par une brièveté remarquable des doigts et par une attitude du pouce en hyperextension et en adduction. De plus, le thorax était asymétrique, moins développé du côté droit. Il n'existait pas, d'ailleurs, de stigmates nerveux : la radiographie de la région lombaire n'avait pas montré non plus de déhiscence des arcs vertébraux.

Il est difficile de ne pas admettre un rapport entre les malformations du membre supérieur et du thorax et l'existence des pieds creux : ceux-ci, dont le début remontait probablement à la naissance, ou peu

après, ont donc commencé par passer inaperçus, puis ont gêné le malade dans le choix de sa chaussure, puis ont rendu sa marche de plus en plus difficile.

Si d'autres observations montraient que telle est l'évolution habituelle des pieds creux, il y aurait sans doute intérêt à les diagnostiquer et à les traiter de bonne heure, à un moment où l'intervention pourrait ne porter que sur les parties molles et ne pas nécessiter une trop longue immobilisation.

---

## Table des Matières



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
42, QUAI GAILLETON
LYON

Addendum



Liste des travaux scientifiques
(Suite)
depuis 1930.

. Au sujet d'un Kyste chyleux du mésentère

avec le D^r Montel - S^té Sc. médicales - in Lyon méd. 1930

. De l'Hystérectomie élargie dans le cancer du col - art. orig. in Lyon chirurgical - Août 1930

. Irradiation douloureuse haute avec syndrome de névralgie phrénique droite dans les inondations péritonéales au cours de la grossesse tubaire

avec M^lle Rougier - art. orig. in Gyn. et Obst. N^o 2 Février 1931 T. XXIII

. Volumineux fibrome du ligament large

avec M. Doullet - S^té Sc. médicales 17 Déc. 1930 in Lyon méd - avril 1931 -

. A propos d'un cas de rupture de l'isthme utérin survenue au cours d'une dilatation aux bougies de Hegar avec M. Lyonnet - S^té Gyn. et Obst. 2 mars 1931

2

Resultats de l'hysterectomie elargie dans le cancer du col uterin -
avec Pr Villard - Sté Chir. Lyon 30 avril 1931 -
in Lyon chir.

Fracture ouverte de l'Epitrochlée avec section partielle du cubital -
avec M. Arnulf - Sté Sc. méd. 27 Mai 1931
in Lyon méd. nov. 1931

Technique et indications de l'injection intra-uterine de Lipiodol.
avec Pr Villard - Congrès de Gynecologie de Bordeaux - octobre 1931

Résultat eloigné d'une intervention conservatrice pour uterus didelphe unicervical - Grossesse et accouchement normaux.
avec M. Lyonnet -
Sté de Gyn. et obst. 1er Fevrier 1932

Production fibreuse d'origine synoviale avec blocage du genou simulant une lésion méniscale -
avec M. Mermet
Sté Sc. méd. 3 Fev. 1932

- Fracture bi malléolaire avec important diastasis péronéo tibial réduit par le procédé de la "fourche moulée" de Destot
  avec M. Aufrère – Sté Sc. méd. – 1932 –
- Contribution à l'étude de l'ostéochondrite disséquante –
  art. orig. paru in Lyon méd. 6 Nov. 1932.
- A propos d'un fibrome isthmique
  avec M. Hsu
  Sté Sc. méd. – 18 Janv. 1933
- Epiploïte traumatique avec occlusion du colon transverse
  à M. Arnulf – 8 Fev. 1933 Sté Sc. méd.
- Ulcère perforé de l'Estomac et hernie inguinale étranglée symptomatique
  Sté Sc. méd. Lyon – 1er Fev. 1933

— De la Difficulté du Diagnostic dans certaines formes d'hématocèle et du danger d'une fausse interprétation —

Sté d'Obst. et de Gyn — 6 Fev. 1933

— Section des 2 tendons péroniers latéraux avec ouverture de l'articulation tibio tarsienne — Résultat éloigné.